Nr. 43. 25. października 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr. Leon WACHHOLZ (Kraków).

# Trzej interniści krakowscy u schyłku XIX. wieku.

**Wedle wykładu na posiedzeniu ogólnem IX. Zjazdu internistów polskich.**

Wspomnienia minionych zdarzeń lub ludzi już nieżyjących są zwykle zabarwione naszym osobistym afektem, który wypacza realny ich obraz. Afekt ten bowiem, pobudzając nas to do śmiechu, to do potępień, to do żalu nie pozwala nam skupić się i wydać sądu przedmiotowego.

Przystępując do skreślenia sylwetek trzech głośnych u schyłku w. XIX internistów krakowskich: Korczyńskiego Edwarda, Stanisławów Pareńskiego i Paszkowskiego, będę się starał być posłusznym dewizie Spinozy: *„Non ridere, non lugere neque detestari, sed intelligere"*. Tuszę sobie przytem, że uda mi się to tem łatwiej, iż od śmierci tych lekarzy oddziela nas już okres kilkudziesięcioletni czasu, który ostudzając uczucie, zaostrza rozwagę i utwierdza sąd przedmiotowy.

Aby się wywiązać możliwie najlepiej z podjętego zadania, wyprzedzę sylwety wspomnianych lekarzy kilku uwagami, tyczącemi się stanowiska, jakie w czasie ich działalności zajmowała medycyna wewnętrzna w stosunku do reszty wiedzy lekarskiej i jakie było znaczenie lekarza-internisty, poza tem przywołam na pamięć wzory, jakie tym lekarzom w pracy ich przyświecały. Na tak podmalowanem tle, sądzę, wyjdą ich sylwety ostrzej, wyraziściej, a zarazem rzetelniej.

Jak wiadomo, już w zaraniu medycyny wszczęto spór na temat, czy medycyna jest sztuką (Hippokrates i szkoła w Kos), czy nauką (Euryfon i Ktesias, czołowi mistrze szkoły w Knidos). Spór ten nie rozstrzygnięty w starożytności, a wznawiany niejednokrotnie w ciągu wieków [1], stał się przyczyną różnej oceny dostojeństwa dwóch głównych działów lecznictwa, medycyny wewnętrznej i chirurgji. Ponieważ medycyna wewnętrzna łacniej mogła być zaliczoną do rzędu czystych nauk, niż chirurgja, posiadająca w zamian więcej właściwości sztuki, i ponieważ wyżej stawiano zwłaszcza w wiekach średnich naukę, niż sztukę, która mogła się zarazem łatwo zniżyć do rzędu rzemiosła, przeto społeczne stanowisko lekarza było o wiele wyższe, niż chirurga. Lekarz czuł tę swą godność i starał się ją zawsze okazywać. Okazał ją też, w dodatku w niezbyt wykwintnej formie, Colland [2]), doktor medycyny i pierwszy profesor położnictwa w Uniw. Jag. (w czasie pierwszej okupacji Krakowa przez Austrję w latach 1805—1809) ubolewając nad dekretem nadwornym z roku 1787, mocą którego doktorom chirurgji dozwolono w ograniczonym zakresie zajmować się także leczeniem chorób wewnętrznych. Pogardliwe swe uwagi o rzekomem nieuctwie i partactwie chirurgów, którzy dopuszczają się zdaniem jego bezkarnie „morderstw" na ślepo ufających im chorych, zwraca on przeciw osobie swego kolegi z wydziału, doktora chirurgji i profesora tego przedmiotu Jana Rusta (później profesora chirurgji w Uniw. w Berlinie).

To poniżanie chirurgji i jej adeptów utrzymywało się w pełnej mierze do końca w. XVIII, t. j. do r. 1792, kiedy to we Francji połączono po raz pierwszy studjum medycyny ze studjum chirurgji w jedną całość. Okres wielkiego rozkwitu chirurgji w końcu w. XIX. zatarł w końcu resztę różnicy w znaczeniu medycyny wewnętrznej, a chirurgji, chociaż jeszcze i w tym czasie otaczał lekarzy internistów niezwykły urok, zniewalający do okazywania im bezwiednie szczególniejszego poważania. Takim to urokiem byli też owiani trzej interniści, o których ma być mowa.

Studjum kliniczne w Uniw. Jag. oparło się siłą naturalnego biegu faktów o Wiedeń. Pierwszy organizator studjum klinicznego w Krakowie, Andrzej Badurski, chociaż był uczniem i doktorem Wszechnicy Bolońskiej, wzoruje w r. 1780 pierwszą klinikę krakowską na klinikach utworzonych w Wiedniu przez Van Swietena; pierwszy profesor chirurgji w Uniw. Jag. Rafał Czerwiakowski wychodzi ze szkoły wiedeńskiej. Uczniem wiedeńskiej wszechnicy jest prof. Józef Brodowicz, który zdobywszy dla klinik krakowskich odpowiedniejsze pomieszczenie, stworzył odpowiedni warsztat do pracy swemu wielkiemu następcy Józefowi Dietlowi. A Dietl, który olimpijsko spogląda na nas z niezrównanego portretu mistrza Jana Matejki, to nietylko uczeń wszechnicy wiedeńskiej, ale zarazem jeden z członków sławnej „młodszej szkoły wiedeńskiej", znanej z lekarzy tej miary, co Skoda, Opolzer, Duchek i inni. Dietl tchnął nowe życie w szkołę lekarską krakowską, zmartwiałą w suchej rutynie Brodowicza, wprowadzając wszystkie nowe zdobycze Zachodu, zacząwszy od perkusji i auskultacji, a skończywszy na mikroskopji klinicznej i na kontroli rozpoznań klinicznych przez sekcje anatomopatologiczne. Niestety niedługo cieszył się Wydział lekarski Uniw. Jag. Dietlem, gdyż tylko przez niespełna 15 lat. Usunięty niespodziewanie z katedry w lecie 1865 r. z powodu swego gorącego patrjotyzmu przez rząd rakuski, oddał Dietl klinikę lekarską swemu następcy, zacnemu opiekunowi młodzieży, prof. Karolowi Gilewskiemu, byłemu uczniowi, doktorowi i asystentowi również Wszechnicy wiedeńskiej, zmarłemu wśród tragicznych okoliczności [3]) na tyfus plamisty w r. 1871.

Po śmierci Gilewskiego dziwne fatum zawisło nad Wydziałem lekarskiem Uniw. Jag., gdyż opróżnioną po nim katedrę zdołano mimo usilnych starań obsadzić dopiero po upływie półczwarta roku. Zrazu objął zastępczo kierownictwo w klinice lekarskiej asystent tejże Dr. Stanisław Pareński, który w r. 1872 wyhabilitował się na docenta diagnostyki lekarskiej, atoli wkrótce potem zagrożony gruźlicą krtani ustąpił z swego stanowiska w r. 1873. W dalszym ciągu kierowali zastępczo osieroconą kliniką prof. anatomji patologicznej Biesiadecki, a po nim Antoni Rosner, profesor dermatologji i syfilidologji. Powodem, dla którego przez tak długi okres czasu nie udawało się zdobyć nowego profesora i dyrektora dla osieroconej kliniki, był wyjątkowo niepomyślny los. I tak przedstawiony uchwałą Wydziału lek. z 17. X. 1871. c. k. Ministerstwu Oświaty Dr. Józef Konstanty Rose, ordynator Szpit. Dziec. Jezus w Warszawie, jako kandydat najodpowiedniejszy [4]), zamianowany profesorem 6. VIII. 1872, zrazu ociągał się z objęciem katedry, potem z niej zrezygnował z powodu utracenia w międzyczasie słuchu. Po Rosem przedstawił Wydział lek. na opróżnioną katedrę dra Zygmunta Radziejewskiego, docenta farmakologji i chemji lek. w Berlinie, który w czasie przeprowadzanych z nim układów popełnił samobójstwo. Gdy wreszcie powołany przez Wydział lek. docent Uniw. w Berlinie Dr. Wilhelm Zülzer, znany już podówczas badacz duru osutkowego, powrotnego i choroby dengue, cofnął swą zgodę objęcia katedry, przedstawił Wydział lek. Dra Edwarda Korczyńskiego, w czasie tym prymarjusza szpitala św. Łazarza jako jedynego kandydata na wakujące stanowisko, poczem Korczyński, mianowany 18. XII. 1874 zwyczajnym profesorem, objął kierownictwo kliniki lekarskiej i wykłady w dniu 9. I. 1875.

Zdobycie zaszczytnego stanowiska *„principis medicorum cracoviensium"* zawdzięczał Korczyński wyjątkowym trudnoś-

---

[1]) Lacassagne, znakomity medyk sądowy w Lugdunie skłaniał się u końca w. XIX do poglądu szkoły w Kos.

[2]) *Nachricht von der medizinisch-chirurgischen Lehranstalt an der uralten Universität zu Krakau. Wien 1806.*

[3]) Zmarł wkrótce po rzuceniu nań interdyktu kościelnego za liberalizm, objawiony podpisaniem adresu do Dellingera, przeciwnika dogmatu nieomylności papieskiej.

[4]) Na 2 miejscu przedstawiono Dra Henryka Łuczkiewicza, b. asystenta Dietla, a od r. 1862 prof. historji med. w Uniw. Warszawskim, na 3 miejscu Dra Seweryna Robińskiego, lekarza-praktyka w Berlinie.

ciom, na jakie Wydział lek. natrafił w ciągu kilkoletnich swoich zabiegów o możliwie najlepszą obsadę osieroconej katedry, a które w końcu Wydział lek. musiały znużyć, potem zaś zawdzięczał je wielkiemu osobistemu szczęściu. Jakież to bowiem walory posiadał Korczyński w chwili objęcia katedry? Jako urodzony w r. 1844 liczył w chwili swej nominacji profesorskiej zaledwie lat 30, był zatem, zwłaszcza na owe czasy, niezwykle młodym. Studja lekarskie odbył w całości w Krakowie i tu w r. 1868 zdobył dyplom doktora medycyny i magistra położnictwa a w r. 1869 dyplom doktora chirurgji. Jako absolwent medycyny pełnił przez 4 miesiące r. 1867 obowiązki zastępcy asystenta kliniki lekarskiej, poczem osiadł jako lekarz praktyczny w Dębicy, prowincjonalnem miasteczku byłej Galicji. Po 7 miesiącach tej ogólno-lekarskiej praktyki wraca do Krakowa na wezwanie prof. Gilewskiego i obejmuje od 1. X. 1869 asystenturę kliniczną, którą po roku, t. j. 1. II. 1871 opuszcza, zamianowany przez Wydział krajowy prymarjuszem oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Łazarza. Wreszcie w niespełna 4 lata później obejmuje dyrekcję kliniki lekarskiej. Z tego suchego zestawienia dat wynika dowodnie, że studja zawodowe w zakresie medycyny wewnętrznej Korczyńskiego nie zalecały się ani swą jakością, ani czasem trwania; zarazem uderza nas brak chociażby nawet krótszych studjów w zakładach zagranicznych. Pod względem kwalifikacyj zawodowych, jak widzimy, nawet na owe czasy skromnych, stanowił Korczyński wśród grona profesorów Wydziału lek. Uniw. Jag. na długo rzadki wyjątek. Jednak mimo tych krótkich i wyłącznie tylko domorosłych studjów i mimo, że wykształcenie swe zawodowe zawdzięczał tylko własnemu wysiłkowi, zdobył sobie przebojem sławę znakomitego lekarza i profesora.

Czemu tedy zawdzięczał młody lekarz niezwykłe swe powodzenie?

O powodzeniu lekarza decydują zasadniczo dwa czynniki, mianowicie rzetelna, t. j. dokładna i możliwie rozległa wiedza lekarska, nadająca mu piętno uczonego i swoista sztuka oddziaływania na chorych. Czynnik pierwszy, t. j. wiedzę można zdobyć przez usilną pracę, czynnik zaś drugi zależy, podobnie jak poczucie artystyczne, tylko od wrodzonego w tej mierze uzdolnienia. Sztuka wywierania wpływu na chorego nadaje zabiegom lekarza piętna czegoś wyższego, artystycznego; brak jej zniża go do poziomu rzemieślnika nawet wtedy, gdy wiedza jego zawodowa jest niezgorszą. Lekarz nawet najbardziej uczony, lecz nie posiadający tego artyzmu, który przesławna w XII. w. Szkoła lekarska w Salernie starała się zaszczepiać obok wiedzy w swych uczniach, aby byli *„docti professionis medicae artifices"*, nie zdobędzie nigdy tych sukcesów lekarskich, jakiemi się cieszą nietylko lekarze o wiedzy o wiele mniejszej, lecz także głośni cudotwórcy w rodzaju Kneippów, Zeileisów, Asnerów i t. p., którzy w zamian posiadają w dużym stopniu sztukę oddziaływania na chorych i ich otoczenie.

Sztuka ta opiera się w pierwszej linji na zdolności szybkiego poznawania ludzi i na zdolności wnikania w duszę chorego również chorą i wymagającą pomocy, która może być tylko wówczas skuteczną, jeżeli lekarz zdobędzie zaufanie chorego. Zaufanie zaś chorych i ich otoczenia zdobywa sobie tylko ten lekarz, który sam ufa swej wiedzy, sprawności technicznej i doświadczeniu i który tę ufność w siebie przejawia pewnością, śmiałością występowania wobec chorych, zwłaszcza jeśli tę śmiałość popierają równocześnie korzystne jego warunki zewnętrzne. Trafnie określił sposób zdobycia zaufania chorych Goethe ustami Mefista, pouczającego ucznia o zadaniu lekarza:

„Postawa twa dość dobra jak i twarz,
I na śmiałości snać ci też nie zbywa,
Więc jeśli w siebie wiarę masz,
Zaufa tobie każda dusza żywa".

Poza zdolnością zdobycia zaufania zasadza się sztuka oddziaływania na chorych także na pewnej tajemniczości, którą lekarz musi się wobec nich osłaniać, rola bowiem lekarza musi być nawet dziś mimo wielkich postępów lecznictwa owiana urokiem czegoś niepojętego, nadnaturalnego, gdyż jak powiada Krehl, „człowiek posiada podstawę metafizyczną". „Kto — zdaniem Kahlego[5]) chce leczyć z powodzeniem, musi się okryć płaszczem tajemniczości jak przed tysiącami lat", a Billroth zauważył, że „wielcy przyrodnicy i lekarze posiadali zawsze coś marzycielskiego, fanatycznego, prącego w nieskończoność i wywierali przez to na całe swe otoczenie wpływ nieprzeparcie pociągający, kapłański, wprost demoniczno-urokliwy". Dla tej to tajemniczości i urokliwości, jaka winna zawsze znamionować lekarza jako w pewnym stopniu cudotwórcę i wróża, rosjanie nazywają go „wraczem".

Korczyński, obejmując katedrę nie posiadał, gdyż nie mógł jeszcze wówczas posiadać, późniejszej swej rozległej wiedzy zawodowej, raz z powodu młodego wieku, powtóre z powodu swych studjów zbyt ograniczonych pod względem czasu i miejsca. Jako umysł krytyczny znał swe niedostatki, dlatego zabrał się do pracy celem ich usunięcia. Praca jego nad pogłębieniem swej wiedzy zawodowej, tem skuteczniejsza, że rozporządzał on z natury niezwykłą bystrością umysłu i fenomenalną pamięcią, święciła rychło triumfy z jednej strony w codziennych klinicznych wykładach, przedstawiających zawsze stan współczesny przedmiotu, a wygłaszanych jasno i płynnie, z drugiej zaś strony w rozprawach, ogłoszonych przezeń w liczbie 41 w najpoczytniejszych czasopismach lekarskich polskich, a po części także niemieckich. Wprawdzie dorobek literacki jego nie można nazwać liczbowo i na rozmiar wielkim, ani też nie można go uznać za posuwający wiedzę współczesną o znaczny krok naprzód, jednakże nie można mu także odmówić poważnego aktualnego znaczenia i dużej dydaktycznej wartości. Korczyński orjentował się doskonale w swym rozległym przedmiocie. Był on np. jednym z pierwszych, którzy zrozumieli olbrzymie znaczenie chemji dla rozwoju medycyny wewnętrznej. Wyrazem tego zrozumienia było pozyskanie dla kliniki profesora chemji ze szkoły realnej Walerego Jaworskiego, który za jego namową został później lekarzem. Prace samego Jaworskiego oraz prace jego, dokonane wspólnie z Korczyńskim, z W. A. Gluzińskim i innymi, z zakresu kliniki chorób przewodu pokarmowego, nadały klinice krakowskiej światowego rozgłosu, a Jaworskiego zakwalifikowały jako jednego z twórców nowoczesnej patologji i terapji chorób żołądka. I tutaj zaznaczył się wysoce dodatni rys charakteru Korczyńskiego. Oto nietylko nie pozazdrościł Jaworskiemu jego rozgłosu naukowego lecz owszem szczerze się zeń cieszył i badania Jaworskiego czynnie popierał. Nietylko Jaworski spotykał się z pomocą jego w naukowej pracy, ale także inni, zwłaszcza jego ściślejsi uczniowie. Aby zaś ułatwić im ogłaszanie prac, utworzył własnym kosztem dwa wydawnictwa nieterminowe, t. j. „Zbiór prac z kliniki lekarskiej Uniw. Jag." i „Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej", aby zaś choć w części zastąpić podręczniki przeważnie niemieckie, z jakich młódź lekarska czerpała wówczas swą wiedzę, podręcznikami polskiemi, założył „Towarzystwo wydawnicze polskich dzieł lekarskich", które przy jego wydatnem materjalnem poparciu wywiązało się bardzo dobrze ze swego zadania.

Mimo dużej wiedzy, obejmującej całokształt medycyny wewnętrznej, a więc np. i neurologji, mimo doskonałej formy wykładów, przykuwających uwagę słuchacza dzięki licznym przykładom, zaczerpywanym z własnego bogatego doświadczenia i licznym bezcennym radom praktycznym i wskazówkom, nie byłby był Korczyński zdobył z czasem rozgłosu znakomitego i wprost wyjątkowego nauczyciela i prelegenta oraz lekarza-praktyka w wielkim stylu, gdyby był nie posiadał tej intuicyjnej sztuki wywierania wpływu na stan psychiczny słuchaczy, w najwyższym zaś stopniu na chorych i ich otoczenie. Już sama powierzchowność jego, w szczególności jego wnikliwy wzrok, łagodność obejścia, współczucie przebijające się w głosie podbijały chorych i ich otoczenie do tego stopnia, że w chorego wstępowała natychmiast otucha, a otoczenie ulegało złudzeniu, że za zbliżeniem się Korczyńskiego do chorego anioł śmierci nad nim krążący pierzchnął w zaświaty. Jeżeli Korczyński już swoją ujmującą powierzchownością zdobywał sobie przebojem zaufanie chorych, to zyskiwał je w jeszcze wyższym stopniu w ciągu badania chorego, które podejmował w sposób dokładny, a dla chorego oględny i w chwili, gdy wypowiadał swe rokowanie i gdy zalecał leczenie. W Korczyńskim tkwiło sporo pierwiastków Hippokratesowych, gdyż działał on jak ongi ojciec medycyny na chorego swem lekarskiem spojrzeniem, sztuką wnikania w chorego i miłością ku niemu. Przywiązywał on też jak Hippokrat największą wagę do zdolności umiejętnego a oględnego wypowiadania prognozy i do wyboru stosownego sposobu leczenia. Co do sposobów leczenia, to nie należał Korczyński do nihilistów terapeutycznych, mimo że jako uczeń Dietla, członka nihilistycznie nastawionej młodszej lekarskiej szkoły wiedeńskiej, mógł był się łatwo przejąć jej poglądami. Tem, że się niemi nie przejął, złożył dowód samodzielności umysłowej, a zarazem i krytycyzmu. Atoli choć nie był nihilistą terapeutycznym, przecież nie nasycał chorego lekami aptecznemi; ordynacje jego były zawsze proste, mało złożone, a przez to także ekonomiczne. Większy nacisk niż na leki apteczne, których jednak nigdy nie pomijał, choćby ze względu na wywieraną przez nie korzystną

[5]) *Die seelische Behandlung der Opiumsucht. Deut. Aerzte. Ztg. 1930.*

dla chorego sugestję, kładł on na leczenie dietetyczne, klimatyczne i balneologiczne.

Takim był Korczyński jako profesor a przedewszystkiem jako lekarz aż po ostatni dziesiątek lat w. XIX. Jeżeli dzięki swym zdolnościom, swej pracy, poczuciu swej godności i zasługom społecznym zdobył sobie duży rozgłos w kraju i powodzenie, to nie może ulegać żadnej wątpliwości, że znalazłszy się w korzystniejszych warunkach, np. w uniwersytecie zagranicznym, byłby był zdobył rozgłos światowy. Rok 1889/90 był dlań rokiem przełomowym, gdyż dostąpił w nim godności rektora. Szczęście, które mu dotąd sprzyjało, opuściło go. Padł ofiarą zaburzeń studenckich, on, który był zawsze opiekunem i dobroczyńcą młodzieży. Rozgoryczony zamknął się w sobie, a choroba chroniczna, która poczęła mu się teraz dawać coraz dotkliwiej we znaki, niszczyła zwolna zalety i właściwości wielkiego jego talentu.

Starszy o rok od Korczyńskiego był Pareński Stanisław, urodzony w Krakowie w r. 1843. Szkoły i studja lekarskie odbył w Krakowie i tu uzyskał w roku 1868 stopień doktora medycyny, w r. 1870 stopień doktora chirurgji, wreszcie w r. 1871 we Wiedniu stopień magistra położnictwa. Jako doktor medycyny objął najpierw obowiązki asystenta Zakładu anatomji patologicznej, którego dyrektorem był podówczas prof. Biesiadecki, uczeń wielkiego patologa Rokitansky'ego we Wiedniu. Przez dwa lata pracował w Zakładzie anatomicznym, poczem przeszedł 2. I. 1870 jako sekundarjusz oddziału wewnętrznego do Szpitala św. Łazarza i pozostał na tem stanowisku do 13. III. 1871. Po półrocznych studjach we Wiedniu, w ciągu których złożył tamże egzamin magisterski z położnictwa, objął asystenturę w klinice lekarskiej Uniw. Jag., powierzoną mu przez Gilewskiego po Korczyńskim, którego Wydział krajowy zamianował w tym czasie prymarjuszem Szpitala św. Łazarza (następcą dra Bobrzyńskiego). Obowiązki asystenta kliniki, a po śmierci Gilewskiego także obowiązki zastępcy profesora, powierzone mu uchwałą Rady Wydziału lekarskiego, pełnił do 31. III. 1873, w tym bowiem czasie zagrożony gruźlicą krtani, musiał się był usunąć od wszelkich zajęć. W r. 1872 habilitował się jako docent diagnostyki chorób wewnętrznych na podstawie rozprawy p. t. „O wrzodach przewodu pokarmowego wskutek zatoru powstających“ [6]), którą potem ogłosił także w niemieckim języku [7]).

Jak to ze zestawienia powyższych dat wynika, Pareński oparł swe studja w zakresie medycyny wewnętrznej na podstawie anatomji patologicznej, a następnie na kilkoletniej pracy szpitalno-klinicznej. Studja jego, pogłębione zwiedzeniem klinik wiedeńskich, a uwieńczone aktem habilitacyjnym, uprawniały go w pełnej mierze do zajęcia poważnego stanowiska nietylko w zakresie praktyki lekarskiej, lecz także w nauce. Zbyteczne dodawać, że temi swemi studjami pozostawiał za sobą znacznie w tyle swego współzawodnika Korczyńskiego. Biorąc tedy pod uwagę powyższe jego kwalifikacje, budzi się zdziwienie, dlaczego Wydział lekarski Uniw. Jag. nie powołał go na katedrę medycyny wewnętrznej, osieroconą przez śmierć Gilewskiego, a tylko Korczyńskiego. Otóż przyczyną tego pominięcia Pareńskiego przez Wydział lekarski była jego poważna choroba (gruźlica krtani), która go zniewoliła do porzucenia w r. 1873 asystentury i zastępstwa profesora i dyrektora kliniki lekarskiej. Jeżeli w tym względzie spotkał Pareńskiego bolesny zawód, to sprawcą tego zawodu był tylko los mu zawistny, który wysuwając w zamian Korczyńskiego jako kandydata na katedrę, dał jednak w tegoż osobie Wszechnicy Jagiellońskiej profesora niepośledniej miary. Staranne studja i niezaprzeczone duże zdolności Pareńskiego sprawiły, że stanął on na przeciąg długiego szeregu lat na czele naszych najwybitniejszych praktyków w zakresie medycyny wewnętrznej. Mimo to jednak nie dorównał on Korczyńskiemu pod względem tych właściwości i zalet, jakie właśnie Korczyńskiego uczyniły niezrównanym nauczycielem i lekarzem, przykuwającym do siebie chorych. Umysł Pareńskiego był niezwykle bystry, ale zanadto skupiony, suchy, podobny do umysłu matematyka. Nie zataczał on nigdy szerszych kręgów, brakło mu polotu. Mówcą nie był, przeszkodą w tym kierunku był mu głos lekko chrypliwy, cichy i jednostajny.

W styczniu 1875 objął Pareński zrazu zastępczo, a od 9. VI. 1875 stale obowiązki prymarjusza oddziału wewnętrznego w Szpitalu św. Łazarza po Korczyńskim, które sprawował odtąd bez przerwy aż po chwilę swej tragicznej śmierci [8]) w roku 1913. Od czasu objęcia prymarjatu oddał się wyłącznie praktyce lekarskiej, która stała się — można powiedzieć bez przesady — główną treścią jego życia. W niesieniu pomocy licznym rzeszom chorych, zgłaszających się do niego z całego obszaru Rzeczypospolitej, był niestrudzony, a to nawet w porze wiosennej, gdy celem zaspokojenia pacjentów, przybywających z prośbą o wskazanie im odpowiedniego uzdrowiska, musiał udzielać porady od rana do późnej nocy. Olbrzymią wziętość zawdzięczał swemu rozgłosowi znakomitego lekarza, którym był ponad wszelką wątpliwość. Pareński był przedewszystkiem bystrym diagnostą dzięki wrodzonym zdolnościom i wspomnianemu już celowemu a starannemu wykształceniu zawodowemu, wreszcie także dzięki wielkiemu a potęgującemu się stopniowo doświadczeniu. W celach rozpoznawczych posługiwał się wszystkiemi sposobami, jakie zalecała współczesna wiedza lekarska, jednakże pierwszeństwo ze wszystkich oddawał on perkusji, który to sposób doprowadził u siebie pod względem technicznym do istotnego wirtuozostwa. Poza tem był on mistrzowskim katagrafologiem. Z nihilizmem terapeutycznym nie miał nic wspólnego, przeciwnie był gorącym zwolennikiem kuchni łacińskiej. Żaden nowy lek, rzucony na targ aptekarski, nie uchodził jego uwagi, badał go sam lub oddawał do wypróbowania swym współpracownikom, poczem dopiero stosował go w swej praktyce prywatnej. Znane były jego misternie skombinowane recepty, a poszczególne jego preskrypcje utrzymują się jeszcze dotąd w użyciu pod jego nazwiskiem. O nim też nie bez słuszności wyraził się po jego śmierci pewien aptekarz, że był on ostatnim lekarzem, który umiał pisać recepty.

Oddany praktyce i przez nią wyczerpany nie był naukowo czynnym. Poza pracą habilitacyjną notuje bibljografja lekarska jego jeszcze tylko raz, a to jako współautora cennych badań klinicznych nad pasorzytem malarji, dokonanych wspólnie z Blatteisem [9]). Świadom swej bierności naukowej, nie przyjął w r. 1905 po śmierci Korczyńskiego ofiarowanej sobie katedry klinicznej, oddając w tym względzie pierwszeństwo W. Jaworskiemu.

Trzecim współcześnie głośnym internistą krakowskim był Paszkowski Stanisław, urodzony w Brzeżanach w roku 1844. Paszkowski zapisał się zrazu na wykłady humanistyczne wydziału filozoficznego Uniw. Jag., lecz po roku przeniósł się na wydział lekarski i tu uzyskał w r. 1872 dyplom doktora medycyny, poczem zaraz objął sekundarjat oddziału wewnętrznego Szpitala św. Łazarza, którego prymarjuszem był wówczas Korczyński. W dwa lata później, t. j. w końcu roku 1874 przechodzi on wraz z Korczyńskim do kliniki lekarskiej Uniw. Jag. jako asystent i pełni te obowiązki aż po dzień 1. I. 1879, w którym, mianowany prymarjuszem nowo utworzonego drugiego oddziału wewnętrznego w Szpitalu św. Łazarza, rozpoczyna samodzielną pracę. W roku 1895 zaniemógł na niedowład postępujący, któremu uległ 7. II. 1898.

Jakkolwiek Paszkowski nie zajął stanowiska uniwersyteckiego, przecież zdołał sobie jako prymarjusz zdobyć duże poważanie i wziętość przez swe cenne zalety lekarza i prawego obywatela. Odznaczał się on przedewszystkiem dużą kulturą humanistyczną, która przebijała się w jego przemówieniach, przykuwających uwagę słuchacza formą i treścią. Jako lekarz-internista dobrze wyszkolony wniósł na stanowisko prymarjusza i cenionego praktyka dużą wiedzę zawodową i doświadczenie. Z współczesnych sposobów fizycznego badania chorych wysuwał w przeciwieństwie z Pareńskim auskultację na plan pierwszy, a miał przytem słuch tak bystry, że uwagi jego nie uszła nawet najmniejsza zmiana przysłuchowa. Z chwilą objęcia prymarjatu zasłynął Paszkowski jako niezwykle bystry diagnosta, którego rozpoznania sprawdzały się niemal zawsze przy sekcji. Jeszcze więcej rozgłosu, szczególnie między młodymi lekarzami, nabrały jego intuicyjne, na domyśle oparte rozpoznania, z których słynął w tym samym czasie szeroko we Wiedniu prof. Bamberger, a po nim rodak nasz, jego uczeń oraz jeden z dalszych jego następców na katedrze, Edmund Neisser. Ujemną stronę Paszkowskiego jako lekarza stanowił tylko jego nihilizm terapeutyczny. Jak gdyby zapatrzony we wiedeńskiego profesora Skodę, który uznawał krople wiśniowo-laurowe za jedyne lekarstwo i w tegoż naśladowcę, prof. Frerichsa w Berlinie, uznającego tylko nastói belladonny za lek, ograniczał się najchętniej do zapisania proszków złożonych z morfiny i dwuweglanu sodowego, albo ulepku ślazowego z morfiną *(linctus)*. Natomiast duży nacisk kładł na leczenie dietetyczne i klimatyczno-balneologiczne. W kierunku naukowym był mniej czynnym, ogłosił bowiem drukiem tylko dwie rozprawy, jedną o działaniu apomorfiny [10]), a drugą o nieżycie dróg oddechowych [11]), stanowiącą rodzaj monografji o tem cierpieniu, jego następstwach i powikłaniach.

---

[6]) Kraków, 1872, stron 41.

[7]) Med. Jahrb. 1876, stron 32.

[8]) W czasie podróży do chorego wypadł z wozu kolejowego w czasie ruchu i znalazł śmierć na miejscu.

[9]) O pasorzycie zimnicy. Studjum kliniczno-etjologiczne. Przegl. lek. 1892, Nr. 10—14 i 19—20.

Tak Korczyński, jak Pareński i Paszkowski[12]) zawdzięczali swe powodzenie w praktyce z jednej strony swej wiedzy zawodowej i sprawności technicznej, z drugiej zaś strony sztuce zdobywania sobie przebojem zaufania chorych i ich otoczenia. Sztukę tę spotyka się u dzisiejszych lekarzy coraz rzadziej, a to z dwóch przyczyn. Pierwszą z nich jest nasze przecenianie znaczenia współczesnej wiedzy lekarskiej, która, mimo niezaprzeczonych wielkich zdobyczy z okresu kilku ostatnich dziesiątków lat, jest przecież jeszcze daleką od doskonałości. Mimo sukcesów, jakie nam zapewniły salwarsan, insulina, surowice lecznicze, promienie Roentgena, rad i t. d., nie możemy zrezygnować z przepotężnego czynnika leczniczego, jakim jest wpływ psychiczny i uważać go lekceważąco za środek godny cudotwórców i partaczy. Czynnik ten choć irracjonalny, nie mniej jest zdumiewająco skuteczny w postaci czy to bezwiednej, czy też celowej sugestji. Drogą sugestywnego wpływu zdobywa sobie lekarz zaufanie chorego i jego otoczenia, od tego zaś zaufania i od dalszych, na niem opartych sugestji zależy wielce pomyślność leczenia. Słusznie powiada Bleuler: „sugestja zastosowana trafnie ma większą wartość niż cały nasz skarb leczniczy, z wyjątkiem niewielu leków, dających się wyliczyć na palcach". I w istocie przeważna część naszych aptecznych leków (liczą je na 80% wszystkich leków) działa skutecznie jedynie lub przeważnie zapomocą sugestji, połączonej z podaniem leków. To też internista w pierwszym rzędzie nie może się obywać bez sugestji i bez zabiegów zdobycia sobie zaufania chorych i ich otoczenia.

Aby zaś móc sobie to zaufanie zdobyć i móc się potem posługiwać skuteczną sugestją, musi lekarz posiadać siłę sugestywną i korzystne do jej zastosowania warunki. I oto dochodzimy teraz do drugiej przyczyny, dla której dziś sztuka zdobywania sobie zaufania jest u lekarzy w zaniku. Drugą tę przyczynę stanowią kasy chorych. Zaufanie może być tylko i wyłącznie indywidualne. Jeżeli więc chory jest pozbawiony swobody wyboru lekarza, a narzucony mu lekarz udziela mu pomocy nie z dobrej woli, lecz z urzędowego obowiązku, przytem z możliwie największym pośpiechem dla oszczędności czasu, to taki chory nie może nabrać zaufania do lekarza i do jego ordynacji. Dlatego nie może nas dziwić, że chorzy, łaknący zawsze wpływu metafizycznego, nie natrafiając nań u lekarzy, udają się do znachorów i partaczy, u nich bowiem go znajdują! I oto dziwne obserwujemy zjawisko: z jednej strony olbrzymi rozrost znachorstwa i partactwa, z drugiej strony w tej samej dobie okres największych zdobyczy medycyny szkolnej!

Jak dalece wielkiem jest obecnie zaufanie ludzi do znachorstwa, to wynika np. ze zestawienia Mucha, wedle którego w Niemczech zaledwie 50% ludzi zwraca się jeszcze o pomoc do lekarzy. Liek[13]) zaś dodaje tę trafną uwagę, że powyższa odsetka spadłaby jeszcze niżej, gdyby 2/3 ludności niemieckiej nie podlegało przymusowi należenia do kas chorych.

Zaufanie chorego do lekarza sprawia, że każde słowo, każda rada lekarza i lek przezeń zalecony działają skutecznie i to nietylko w przypadkach chorób czynnościowych, psychogenicznych, lecz także w przypadkach chorób organicznych. Znanem jest oddawna usuwanie brodawek skórnych przez znachorów zapomocą zamawiania, zatem zapomocą sugestji. Prof. Bloch[14]) podjął w tym kierunku doświadczenia w swej klinice i osiągnął zapomocą sugestji w przeszło 50% swych przypadków rozległych brodawek skórnych zupełny ich zanik bez pozostawienia blizny. Takie wyleczenie z chorób organicznych zapomocą sugestji, opartej na głębokiej wierze chorego w siłę leczniczą lekarza, przedstawia się już jako istotny cud, to wedle Goethego „najmilsze dziecię wiary". Wpływ zaś sugestji jest nam dotąd tak samo niejasny i niepojęty jak te cudy, które stwarza, a wobec tego musimy dziś w okresie panowania ateizmu, zalewającego szeroką falą świat, przyznać w pokorze ducha, że cud, ta „święta zagadka" Goethego, nie jest czczem złudzeniem, lecz rzeczywistością oraz, że siłą tworzącą te cudy jest wszechmoc Boża, której łask ludzie potrzebują i zawsze potrzebować będą, a z pośród ludzi my lekarze najwięcej.

---

[10]) Przegl. lek. 1875 i Zbiór prac z kliniki lek. krak. Z. I. stron 53.

[11]) Sprawozdanie Szpit. św. Łaz. za rok 1883. Kraków.

[12]) Wszystkie szczegóły, tyczące się życia tych trzech internistów, zaczerpnąłem z aktów archiwum Uniw. Jagiell., Dyrekcji Szpit. św. Łazarza oraz rodziny Paszkowskiego.

[13]) Das Wunder in der Heilkunde. München 1931.

[14]) Klin. Wochschr. 1927. Nr. 48.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. J. LENCZOWSKI, adjunkt kliniki. Lwów.

### Zachowanie się jajników po wycięciu macicy.

(Badania doświadczalne na zwierzętach).

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Na podstawie obserwacyj klinicznych stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, iż po usunięciu macicy z pozostawieniem jajników nierzadko występuje u kobiet operowanych szereg dolegliwości.

Cały kompleks odnośnych zagadnień można podzielić na dwie wielkie grupy — na zaburzenia, związane z usunięciem macicy, jako bądź co bądź ważnego narządu i na zaburzenia ze strony jajników, które ulegają zmianom wstecznym, lub pracując w nienormalnych stosunkach, wytworzonych zabiegiem operacyjnym stają się źródłem licznych dolegliwości.

Co do grupy pierwszej, to jest rzeczą zrozumiałą, iż już sam zabieg może powodować najróżnorodniejsze dolegliwości, choćby dlatego, iż stwarza nowe stosunki topograficzne w miednicy małej, zwłaszcza jeśli chodzi o pęcherz moczowy i odbytnicę, które tracą nagle normalną statykę, zależną od obecności macicy i stosunku jej do tych narządów. Do tego należy jeszcze dodać nierzadko dołączające się zrosty pooperacyjne. Jest rzeczą jasną, że dolegliwości te najwięcej dają się we znaki tuż po operacji, lub w krótki czas po zabiegu i że z czasem, na skutek przystosowywania się do nowych warunków, znikają mniej lub więcej zupełnie.

Bardzo ważną rzeczą, na co pierwszy zwrócił uwagę A. Döderlein, jest uraz psychiczny, występujący po operacji zwłaszcza u kobiet młodych, które nierzadko nie mogą się pozbyć natrętnej myśli o mniejszej swej wartościowości wskutek utraty macicy.

Na tym jednak nie ogranicza się bezpośredni wpływ usunięcia macicy na ustrój kobiecy. Niektórzy autorzy przypisują macicy rolę gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem, mającem wpływ na cały organizm i usunięcie którego w pierwszym rzędzie wywołuje zaburzenia naczyniowe. Pankow mówi wprost o objawach wypadnięcia funkcji macicy (*„uterine Ausfallerscheinungen"*). Zwolennicy wewnętrzno-wydzielniczej czynności macicy znakomicie zostali podtrzymani przez wykrycie kompleksu komórek w ścianie macicy, komórek, którym niektórzy przypisują rolę wydzielania dokrewnego. I tak, Ancel i Bouin, a później L. Fraenkel znaleźli gruczoł (*„glande interstitielle myometrale"*) w ścianie macicy ciężarnej u królic. Nürnberger opisał skupienie komórek w macicy nieciężarnej myszki, którym przypisuje czynność gruczołową. Fornero znalazł podobny gruczoł również i w macicy ludzkiej i sądzi, że gruczoł ten jest rozwinięty silniej u kobiet, niż u zwierząt. Według Fornero u dzieci i płodów gruczoł ten jest ledwo zaznaczony, właściwy zaś jego rozwój rozpoczyna się dopiero z nastaniem czynności płciowej. Wreszcie H. Keiffer znalazł gruczoł wśródmiąższowy w ścianie ciężarnej macicy u kobiety.

Czy wymienione wyżej twory uważać należy istotnie za gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, czy też są to twory o innym charakterze i znamieniu? Stwierdzić trzeba, że poza nielicznemi wyjątkami, potwierdzenie tego odkrycia, mimo licznych poszukiwań, dotychczas jeszcze nie nastąpiło. I dlatego większość autorów zajmuje w omawianej sprawie stanowisko albo wyczekujące, albo wręcz odmawia tym tworom charakteru gruczołowego.

W każdym razie w obecnym stanie naszej wiedzy nie możemy uważać istnienia czynności wewnętrzno-wydzielniczej macicy za fakt dowiedziony.

Co się tyczy zachowania się jajników po wycięciu macicy, to tu odróżniają wpływ bezpośredni operacji na te narządy oraz wpływ oddalony. Do kategorji pierwszej należą zrosty pooperacyjne, które mogą utrudniać pękanie pęcherzyków i sprzyjać przez to powstawaniu torbieli jajnikowych, często zmuszając operatorów do ponownego otwarcia jamy brzusznej (v. Rosthorn, W. Baer, Cosacesco i inni). Wpływ oddalony wyraża się już to w zaniku jajników (Abel, Sarwey, Fehling, Pronoi), już to w torbielowatym zwyrodnieniu ich miąższu (Callmann, Pinard). Zmiany te rozumiane są jako następstwo uszkodzeń nerwów lub naczyń, odżywiających jajniki (Keitler, Vineberg, Burckhard), lub też jako następstwo usunięcia macicy, jako gruczołu o wydzielaniu dokrewnem, mającego wpływ na prawidłową czynność jajników.

Niezmiernie interesujące są spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające występowanie okresowych dolegliwości przypadających na

czas perjodu. Objawy te nierzadko tak żywo przypominają bolesne miesiączkowanie, że dano im nazwę *„molimina menstrualia"*. Grammaticati pierwszy opisał takie zaburzenia. Polegają one na regularnie co miesiąc występującym uczuciu ciągnienia w dole brzucha, bólach w krzyżach, ociężałości, bólach głowy, biciu serca, objawach żołądkowo-kiszkowych — nudnościach i wymiotach, nabrzmiewaniu gruczołów sutkowych i t. d. Niektórzy utrzymują, że zaburzenia te występują w stopniu silniejszym po usunięciu macicy z zachowaniem jajników, niż po całkowitem wycięciu macicy wraz z jajnikami i dlatego starają się, o ile możności, oszczędzać macicę w czasie operacji, jeśli zaś nie da się uniknąć usunięcia macicy, to razem z nią radzą wycinać i jajniki (Villard, Michon i Labry).

Że po usunięciu macicy z pozostawieniem jajników trwanie „fali menstruacyjnej" może nadal istnieć, nie ulega żadnej wątpliwości (Erdmann). Dzięki badaniom klinicznym Werth'a i Pankowa atoli wydaje się bardzo wątpliwem, żeby *„molimina menstrualia"* były chorobą nową, powstałą w związku z zabiegiem operacyjnym, gdyż zazwyczaj dolegliwości te występują u kobiet, które już przed operacją cierpiały na bolesne miesiączkowanie. Tak więc sprawa niedomagań miesięcznych po usunięciu macicy po tych pracach nabiera innego oświetlenia. Tylko nieliczni badacze obserwowali okresowe zaburzenia po zabiegach u kobiet, niecierpiących podczas miesiączki przed operacją i uważają te zaburzenia za wyraz samozatrucia wydalinami menstruacyjnemi, zatrzymanemi w ustroju (Aschner).

Lindig przypisuje macicy podwójną rolę — czynną i bierną. Czynna jej rola objawia się tem, że wytwarzane przez nią hipotetyczne hormony dopiero w połączeniu z hormonami jajnikowemi wywierają wpływ zbawienny na cały ustrój. Jej rola bierna zaś polega zdaniem Lindig'a na tem, że podczas perjodu wydalają się z macicy z krwią miesiączkową jakieś domniemane ciała trujące, związane z okresową czynnością jajników. Autor ten przyłącza się więc pod tym względem do zdania Aschnera o „menotoksynach". Niektóre obserwacje kliniczne pozornie zdają się przemawiać za tą teorją. Tak n. p. Aschner podnosi, skądinąd zresztą dobrze znany fakt, iż dolegliwości miesięczne występują właściwie tuż przed perjodem, z nastaniem zaś krwawienia, chore uczuwają ulgę, tak jakby ulga ta łączyła się z usunięciem jakichś ciał trujących. Pomijając już to, iż tłumaczenie tego zjawiska może być i inne, a mianowicie czysto mechaniczne, gdyż właśnie w przypadkach bolesnego miesiączkowania istnieją w większości przypadków zmiany anatomiczne, utrudniające odpływ krwi miesiączkowej, jak nadmierne przodozgięcie lub tyłozgięcie macicy, a poza tem nie tracąc z oka również nie dającego się zaprzeczyć faktu, że cierpienie to często ma podłoże histeryczne, gdyż występuje u kobiet z mało odpornym systemem nerwowym lub u dziewcząt, dotkniętych bladnicą, możemy powołać się na wyżej przytoczone prace Wertha i Pankowa, które dostatecznie przekonywują, że objawy okresowych zaburzeń po usunięciu macicy z pozostawieniem jajników mają tło raczej konstytucjonalne, gdyż kobiety te cierpiały na bolesne miesiączkowanie jeszcze przed operacją.

Nie tyle dalsze funkcjonowanie pozostawionych jajników może przyczyniać się do powstawania dolegliwości u kobiet operowanych, ile właśnie możliwość ich zmian chorobowych. Jak już wyżej była o tem mowa, jedni stwierdzali przy tem zwyrodnienie torbielowate, drudzy zanik miąższu jajników. W jednym i w drugim przypadku następuje niedomoga, a więc objawy wypadnięcia funkcyj. Widzimy więc, że sprawa różnorodnych zaburzeń po usunięciu macicy nie jest łatwa do rozwiązania na podstawie li tylko objawów klinicznych.

Ponowne laparotomje i usuwanie przy tej sposobności pozostawionych jajników celem dokładnego zbadania drobnowidowego są nieliczne i przypadkowe. Z tego względu Grammaticati pierwszy zwrócił się do badań kontrolnych na zwierzętach. Przeprowadzone przez niego badania nie wykazały, ażeby po usunięciu macicy u zwierząt można było stwierdzić w jajnikach, jakiekolwiek zmiany patologiczne. Do podobnych wyników doszli i inni autorzy (Mandl i Bürger, Keitler, Jacobson, Westmann).

Według Jacobsona jajnik u suk po wycięciu macicy czynnym jest wprawdzie nadal, jednakże ulega z czasem zanikowi.

Inni autorzy przeciwnie stwierdzili rozległe zmiany następowe w jajnikach u zwierząt doświadczalnych. I tak Lindig obserwował u morskich świnek i króliczek do 2 miesięcy po wycięciu macicy torbielowate zwyrodnienie jajników, które w czasie późniejszym ulegały zanikowi. Zwyrodnienie torbielowate stwierdzali również Hartmann i Zimmermann. Ten ostatni twierdzi, że u króliczek prawidłowa czynność jajników zależy w wysokim stopniu od prawidłowo funkcjonującej macicy. Według Loeb'a usunięcie macicy u morskich świnek powoduje zahamowanie zmian wstecznych w ciałku żółtym, co w następstwie prowadzi do powstawania tak zwanego *„corpus luteum persistens"*. Stan ten wpływa ujemnie na dalszy wzrost innych pęcherzyków Graaf'a, a z drugiej strony działa pobudzająco na gruczoły sutkowe. Doświadczenia te zostały w zupełności potwierdzone przez Takakusu na szczurach. Że w tych przypadkach rzeczywiście chodzi o zmiany w jajnikach wskutek usunięcia macicy, a nie innych towarzyszących operacjom okoliczności, dowodzą dodatkowe badania z parabiozą (Takakusu), jak również wpływ pozostałości kikuta macicy (Loeb), oraz wszczepionej tkanki macicznej (Takakusu, Zimmermann). Doświadczenia Badinosa jednakowoż, przeprowadzone na sukach, a polegające na wszczepianiu jajników u zwierząt pozbawionych macicy i suk zdrowych, wypadły ujemnie.

A więc badania na zwierzętach nie doprowadziły do zgodnych wyników.

Według Koka różne przyczyny składają się na to. Autor ten nie sądzi przeto, ażeby z badań drobnowidowych można było wnioskować o czynności jajnikowej. I dlatego, wzorując się na pracach Wijsenbeck'a i de Jongh'a oraz Durrant'a zwracał uwagę w swoich badaniach na zachowanie się rozmazu pochwowego w różnych odstępach czasu po operacji, jako najpewniejszego sprawdzianu czynności jajników. Badania te przeprowadzał na białych myszkach. Z badań tych okazało się, że, czy to po całkowitem usunięciu macicy, czy też po amputacji, czy nawet po prostem podwiązaniu i przecięciu rogów macicy, poczynając od momentu operacji przez pewien dłuższy lub krótszy okres czasu stwierdzał w pochwie tylko leukocyty i śluz. Dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach, pojawiać się zaczynały nabłonki bezjądrowe, ale nigdy w postaci czystej i nie tak regularnie, jak przed operacją, nawet przy obserwacji trwającej do 6-ciu miesięcy. W omawianiu tych wyników Kok podkreśla, że zahamowanie na czas pewien cyklu pochwowego u myszek przypisać należy nie niedomodze jajnikowej, tylko urazowi, jaki sam zabieg wywiera na tak wrażliwy narząd, jakim jest jajnik. Dowodem tego, według Koka, jest to, że nawet proste przecięcie macicy wywołuje ten sam skutek. Gdy uraz ten mija, zmiany cykliczne w pochwie powracają, aczkolwiek nie w czystej postaci i nie tak wyraźnie. Na podstawie tych badań autor nie sądzi, ażeby wycięcie macicy miało jakikolwiek wpływ ujemny na funkcję jajników mysich, tembardziej, że badania drobnowidowe tych narządów również nie wykryły zmian wybitniejszych, a przypadki torbieli jajnikowych przy dokładnej analizie okazały się silnie rozszerzonemi torebkami jajnikowemi, jako następstwo zmian zapalnych, rozgrywających się dokoła tego narządu po operacji.

Fakt, podnoszony przez Koka, że jajniki są bardzo wrażliwe na wszelkie urazy, a przedewszystkiem na laparotomję, wydaje się nam momentem umniejszającym wartość metody, którą posługiwał się Kok w swoich badaniach. I dlatego sądzimy, że bez ścisłych badań histologicznych obejść się nie można.

W naszych doświadczeniach kładliśmy szczególny nacisk na badania drobnowidowe pozostawionych jajników.

Dla doświadczeń wybraliśmy króliczki.

Czas od operacji wycięcia macicy do ponownego otwarcia jamy brzusznej celem uzyskania jajników, wynosił od 5-ciu do 6-ciu miesięcy, a więc dostatecznie długi, ażeby dały się stwierdzić ewentualne zmiany w jajnikach.

Badania nasze dały wynik następujący:

Królica Nr. 1. Wiek — 6 miesięcy. Podczas operacji stwierdzono — jajniki małe, rogi słabo rozwinięte. Wycięto macicę z pozostawieniem niedużych odcinków okołojajnikowych.

Relaparotomja w 6 miesięcy po zabiegu pierwszym.

Po stronie prawej stwierdzono torbiel macicy o cienkich ścianach i wodojasnej zawartości. Torbiel ta o średnicy 1 cm i długości 3 cm. Jajnik prawy mały, nie większy, niż podczas pierwszej operacji, długości około 1 cm, wagi 0,05 g. Mikroskopijne torbielki na powierzchni. Na przekroju jajnik zbity, twardy.

Drobnowidowo: macica o mięśniówce bardzo cienkiej, zanikającej. Śluzówka wygładzona, przybłonek spłaszcza się. W jajniku stwierdzono rozległą luteinizację, zajmującą prawie cały jajnik. Komórki luteinowe naogół nieduże, jasne. Brak pęcherzyków Graafa.

Po stronie lewej. Jajnik mały, długości 0,7 cm, wagi 0,07 g bez torbielek.

Drobnowidowo. W jajniku rozległa luteinizacja z dużemi dobrze się barwiącemi komórkami luteinowemi. Liczne pęcherzyki pierwotne i rosnące.

Królica Nr. 2. Wiek 12 miesięcy. Rogi stosunkowo duże, jajniki podłużne, duże. Usunięto macicę w sposób wyżej opisany. Relaparotomja w 6 miesięcy. Jajniki duże o budowie litej. Wymiary jednego — 1,5 cm, drugiego — 1,7 cm długości. Waga przeciętna każdego z nich wynosiła 0,4 g.

Drobnowidowo. Jajniki z silnie rozwiniętemi ciałkami żółtemi, zajmującemi większą część gruczołów. Liczne pęcherzyki Graafa. Jeden z pęcherzyków świeżo pęknięty.

Królica Nr. 3. Wiek — 12 miesięcy. Macica i jajniki jak u królicy Nr. 2. Usunięto macicę. Relaparotomja w 5 miesięcy po zabiegu pierwszym. Jajniki duże o długości każdy po 1,5 cm i wadze po 0,35 g. Na przekroju jajniki przekrwione.

Drobnowidowo. Jajniki silnie przekrwione. Silnie rozwinięta tkanka luteinowa, niekiedy ulegająca zmianom torbielkowatym. Dobrze wykształcone ciałko białe w jednym jajniku. Liczne rosnące pęcherzyki Graafa.

Królica Nr. 4. Wiek — 12 miesięcy. Macica i jajniki dobrze rozwinięte. Macicę wycięto. Relaparotomja w 6 miesięcy. Jajniki prawie prawidłowe, długości po 1,7 cm, wagi — po 0,4 g każdy. Małe torbielki na powierzchni. Na przekroju silne przekrwienie.

Drobnowidowo. W jajnikach silnie rozwinięte ciałka żółte. Kilka rosnących pęcherzyków Graafa wyglądających jak torbielki.

Królica Nr. 5. Wiek — 6 miesięcy. Rogi i jajniki rozwinięte słabo. Usunięcie macicy. Relaparotomja w 6 miesięcy. Resztki rogów torbielowato zwyrodniałe. Jajniki małe, długości po 1,2 i przeciętnej wadze po 0,09 g każdy. Na jajnikach zmian żadnych się nie stwierdza.

Drobnowidowo. Macica w zaniku, błona śluzowa wygładzona. Jajniki zawierają kilka torbielek. Tkanka luteinowa słabo rozwinięta, występuje tylko dookoła torbieli. Dużo pęcherzyków pierwotnych i pęcherzyków Graafa.

Królica Nr. 6. Wiek — 6 miesięcy. Macica i jajniki słabo rozwinięte. Macicę usunięto w sposób kilkakrotnie już wyżej podany. Relaparotomja w 6 miesięcy. Resztki rogów ledwo zaznaczone, jeden 1 cm, drugi 2 cm długości. Żadnych torbielek macicy. Jajniki małe, twarde, zbite o wymiarach po 1,2 cm długości i wadze po 0.05 g każdy.

Drobnowidowo. Błona śluzowa macicy zanikająca. W jajnikach dużo rosnących pęcherzyków Graafa. Brak utkania luteinowego.

Królica Nr. 7. Wiek — 12 miesięcy. Macica i jajniki zupełnie dobrze rozwinięte. Macicę usunięto w sposób zwykły. Relaparotomja w 5 miesięcy. Jajniki duże, długości 1,6 i 1,8 cm, o wadze po 0,4 g każdy. Na powierzchni kilka drobnych torbieli. Na przekroju budowa jednostajna.

Drobnowidowo. W jajnikach rozległa luteinizacja. Liczne pęcherzyki Graafa.

Dla porównania przeprowadziliśmy badania kontrolne nad zwierzętami nieoperowanemi.

Królica Nr. 8. — Wiek — 12 miesięcy. Rogi duże, długości 9 cm, grubości prawie 1 cm w średnicy. Jajniki wydłużone długości po 2 cm, wagi po 0,5 g.

Drobnowidowo. Śluzówka macicy tworzy istny labirynt fałdów, żywo przypominających trąbkę ludzką. Mięśniówka bardzo silnie rozwinięta o typowym układzie warstwowym włókien. Jajniki prawie zupełnie zluteinizowane. Komórki luteinowe bardzo duże intensywnie się barwią.

Królica Nr. 9. Wiek — 6 miesięcy. Rogi stosunkowo niedorozwinięte, długości około 7 cm każdy. Jajniki małe, wagi po 0,1 g każdy i długości jeden 1,2 cm, drugi — 1,3 cm. Małe torbielki na powierzchni.

Drobnowidowo. Rogi naogół prawidłowe, chociaż o wiele słabiej rozwinięte niż u królicy Nr. 8. W jajnikach — dużo pęcherzyków pierwotnych i pęcherzyków Graafa. Tkanka luteinowa występuje słabo.

Badania powyższe stwierdzają, że u króliczek młodych, bo operowanych w wieku 6-ciu miesięcy, w pół roku po wycięciu macicy znaleziono jajniki nieduże, prawie zupełnie pozbawione utkania luteinowego, jednakowoż z licznemi pęcherzykami pierwotnemi i pęcherzykami Graaf'a (Królice Nr. 5 i 6). Tylko u jednej (Królica Nr. 1) stwierdzono rozległą luteinizację jajnika obok innych elementów składowych tego narządu. Badanie kontrolne nad królicą 6-cio miesięczną nieoperowaną dało obraz podobny jak u królic Nr. 5 i 6.

U zwierząt, operowanych w wieku 12 miesięcy, sprawa przedstawiała się nieco inaczej. Przedewszystkiem u wszystkich, jak również i u zwierzęcia nieoperowanego stwierdziliśmy rozległą luteinizację całego narządu, robiącej wrażenie, jakby cały jajnik przekształcił się w jedno ciałko żółte. We wszystkich przypadkach poza tem znaleźliśmy w dostatecznej liczbie pęcherzyki Graafa.

Niewątpliwie różnicy w zachowaniu się jajników u królic młodszych i starszych dopatrywać się należy przedewszystkiem w wieku zwierząt. Jeśli z tego punktu będziemy rozważać nasze wyniki, to dojdziemy do wniosku, że u królic wycięcie macicy nie odbija się na czynności jajników, gdyż budowa drobnowidowa i wielkość ich niczem się nie różniły od jajników, pochodzących od zwierząt, będących z niemi w jednym wieku.

Inna rzecz, czy wyniki te mają znaczenie w całej rozciągłości w odniesieniu do stosunków ludzkich.

Nie zapominajmy, że u zwierząt wycinamy macicę zdrową i pozostawiamy jajniki również zdrowe. U kobiet zaś, u których przeprowadzamy operacje z powodu tej lub owej choroby ginekologicznej, nigdy nie możemy być pewni, czy usuwając macicę, nie pozostawiamy jajników już schorzałych, które stać się mogą źródłem różnorodnych zaburzeń po operacji.

Ta niemożność doraźnego rozstrzygnięcia podczas operacji, czy jajniki są pełnowartościowe u danej chorej, czy też nie, tłumaczy nam w zupełności niejednolite wyniki kliniczne i niezgodę, jaka panuje do dziś między klinicystami.

W każdym razie, jak wynika z badań naszych i innych autorów, macica nie jest konieczna do prawidłowej funkcji jajnika, a niewątpliwy fakt znacznych zaburzeń inkretorycznych po usunięciu jajników, zwłaszcza u osób młodych, każe nam być bardzo ostrożnymi z nieopatrznem wycinaniem jajników w przypadkach, gdy musimy usunąć macicę.

*Piśmiennictwo.*

1) Abel: Arch. f. Gyn. Band 57. — 2) Aschner: Arch. f. Gyn. Band 124. — 3) Aschner: Zschrift f. Geb. u. Gyn. Band 89. — 4) Aschner: Zentralbl. f. Gyn. 1929 str. 1959. — 5) Erdmann: Zentralblatt f. Gyn. 1927, str. 3050. — 6) Kok: Arch. f. Gyn. Band 141, Heft 2. — 7) Lindig: Arch. f. Gyn. Band 120. str. 233. — 8) Pankow: Münch. med. Woch. 1909. Nr. 6. — 9) Sarwey: Arch. f. Gyn. Band 79. str. 277. — 10) Unterberger: Zentralbl. f. Gyn. 1930 str. 655. — 11) Vineberg: Surg. gynecolog. and obstetr. vol. XXI. Nr. 5.

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Henryk POWĄZKA, lekarz szpit. św. Łazarza. Kraków.
Dr. Marja MAŃKOWSKA, asyst. Zakł. anat. pat. U. J.

### Ziarnica złośliwa a skrobiawica.

Z oddziału zakaźnego państwowego szpitala św. Łazarza.
Prymarjusz: Prof. Dr. J. Kostrzewski.
i z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego,
Dyrektor: Prof. Dr. Ciechanowski.

Od czasu gdy Sternberg z grupy chorobowej, opisanej naprzód przez Hodgkina i nazwanej jego imieniem, wyosobnił i dokładniej określił obraz kliniczny i histologiczny ziarnicy złośliwej *(lymphogranuloma malignum)*, niema może jednostki chorobowej, któraby miała tak bogate jak ona piśmiennictwo kazuistyczne. Zainteresowanie budzi ziarnica przez niewyjaśnioną ciągle etjologję, przez ogromną różnorodność obrazu chorobowego i przebiegu klinicznego, przez bezskuteczność dotychczas stosowanych środków leczniczych. Stwierdzona większa obecnie częstość występowania ziarnicy jeszcze bardziej przyczyniła się do zwrócenia na nią uwagi.

Wśród opisywanych licznych, ciekawych przypadków najrzadszem może jest połączenie spraw wymienionych w nagłówku niniejszej pracy.

W podręcznikach medycyny wewnętrznej i w pracach poglądowych z tej gałęzi rzadko spotyka się wzmiankę, iż ziarnica złośliwa może doprowadzić do skrobiawicy narządów wewnętrznych i odwrotnie wśród spraw chorobowych wywołujących skrobiawicę pominięta bywa zwykle sprawa ziarnicza. Lichtwitz n. p. wspomina tylko, że widział dwa przypadki nefropatji skrobiawiczej przy ziarnicy. Matthes potwierdza to jednym przez siebie spostrzeganym. Odrębne prace zajmujące się tą sprawą nie są też liczne, szczególnie kliniczne. Liczniejsze są prace, pochodzące z zakładów anatomo-patologicznych, na co składa się wiele przyczyn, między któremi należy wymienić często zupełny brak objawów skrobiawicy za życia, trudności rozpoznawcze dla klinicysty, który skrobiawicę rozpoznaje zwykle na podstawie zasadniczego schorzenia, czasem tylko przychodzą mu z pomocą inne dane, które jednak zazwyczaj nie są charakterystyczne wyłącznie dla skrobiawicy (powiększenie wątroby, śledziony, wynik badania moczu i t. d.). W przypadku zaś stwierdzonej ziarnicy, wyjątkowo, jak już wspomniano, spotyka się skrobiawicę, to też klinicyście niełatwo przyjdzie na myśl, iż te niecharakterystyczne objawy, — jeżeli są —, zależą od skrobiawicy, a nie od czegoś innego. Wreszcie, nawet w razie stwierdzenia skrobiawicy obok ziarnicy, można związek obu spraw przyjąć napewno tylko wtedy,

jeśli w danym przypadku niema innych, pospolitszych przyczyn skrobiawicy, wikłających ziarnicę, jak gruźlica rozpadowa, kiła, przewlekłe ropienie i t. d.

Nasz przypadek, który poniżej opisujemy, cenny jest przez niewątpliwy naszem zdaniem związek między temi sprawami, przez uderzający niestosunek między małemi zmianami ziarniczemi makroskopowemi, a rozległemi skutkami w postaci zwyrodnienia skrobiowatego, oraz przez rozpoznanie ziarnicy ze skrobiawicą za życia.

Chora Rozalja G. l. 38, (L. prot. 7890/567) kasjerka, niezamężna, zgłosiła się na oddział 8. X. 1929 r. z następującemi wywiadami: Choroba rozpoczęła się przed trzema przeszło laty, t. zn. w maju 1926 r., osłabieniem ogólnem, zmniejszonem łaknieniem, pobolewaniem w klatce piersiowej, kaszlem połączonym ze skąpem odpluwaniem plwociny śluzowej. Do lekarza zgłosiła się chora poraz pierwszy dopiero we wrześniu 1927 r., gdy oprócz poprzednich skarg miała stany podgorączkowe i powiększenie gruczołów szyjnych po prawej stronie. Miano stwierdzić wtedy sprawę gruźliczą w płucach i skierowano chorą dla leczenia klimatycznego do sanatorjum, gdzie przebywała przez 4 miesiące do marca 1928 r. W czasie pobytu miała tam stany podgorączkowe (do 38° wieczorem), zjawiły się poty i świąd skóry, powiększenie gruczołów podobojczykowych i pachowych również po stronie prawej. Przy opuszczeniu lecznicy czuła się nieco lepiej, lecz kaszlała i gorączkowała w dalszym ciągu, gruczoły się powiększyły. Powróciła do pracy, lecz po pewnym czasie objawy choroby znów się spotęgowały. Czuła się bardzo osłabioną, nie miała zupełnie łaknienia, schudła, poty nocne i świąd występowały od czasu do czasu, gorączka zjawiała się nieregularnie. W lutym 1929 r. skierowano chorą na klinikę chirurgiczną celem uzyskania wycinka z powiększonych gruczołów pachowych dla badania histologicznego. Badanie to wykonał Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. w Krakowie dn. 5. II. 1929 r. (L. 102); nie znaleziono wtedy ani cech gruźlicy, ani ziarnicy złośliwej, jedynie obraz zwykłej hiperplazji. Od marca do czerwca 1929 r. chorą czterokrotnie naświetlano promieniami Roentgena (gruczoły szyjne i pachowe po prawej stronie). Przypuszczano tło gruźlicze sprawy gruczołowej.

W ciągu tego okresu czasu aż do przyjęcia na oddział czuła się chora coraz gorzej. Na czoło wysuwało się znaczne osłabienie ogólne, przytem był brak łaknienia, gorączka nieraz do 39.5°, czasem okresy bezgorączkowe; świąd skóry, nieraz bardzo dokuczliwy, dalej powiększenie gruczołów pachowych po prawej stronie, które tylko nieznacznie zmniejszyły się po naświetlaniach, — wychudnięcie. Kaszel i poty były nieznaczne. Przed kilku tygodniami miała chora przez tydzień uporczywą biegunkę i wymioty. Obecnie stolce są prawidłowe, mocz oddaje chora bez zaburzeń. Ostatnia miesiączka przed 2 miesiącami. Obrzęków chora w czasie całej choroby nie zauważyła. Przebywała zapalenie stawów w 18 r. życia, poza tem zawsze zdrowa. Miesiączki miewała prawidłowe, 6—7 dni trwające, bolesne w pierwszym dniu, średnio obfite. Pierwsza miesiączka w 16 r. życia. W ciążę nie zachodziła. Dziedziczności żadnej niema.

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 37,4° C, waga 44 kg, wzrost niski, budowa średnia, odżywienie podupadłe. Skóra sucha, wiotka, blada z odcieniem ziemistym, z licznemi śladami po drapaniu, szczególnie na kończynach dolnych. W pasze prawej blizna linijna długości 2 cm. Błony śluzowe blade, nieznaczna sinica palców rąk i nóg, małżowin usznych i warg. Bardzo mały obrzęk w okolicy kostek. Nad obojczykiem prawym gruczoł wielkości orzecha włoskiego, w pasze prawej, wśród kilku gruczołów takiejże wielkości, jeden dochodzący wielkości jaja gołębiego. Wszystkie te gruczoły niezrosłe ze skórą, poruszalne, miernej zbitości, elastyczne, nie chełboczące, są niebolesne, tworzą wprawdzie grupę, ale dają się od siebie oddzielić. Klatka piersiowa symetryczna, słabo wysklepiona, wąska. Przytłumienie odgłosu opukowego nad szczytem prawym, stłumienie w okolicy wnęki prawej. Osłuchując, stwierdza się nad szczytem jako też i w okolicy wnęki prawej szmery oddechowe osłabione. Serce bez zmian, tętno 90, miarowe, ciśnienie krwi (Korotkow) 110/60.

W jamie ustnej, migdałkach, łukach podniebiennych niema zmian, prócz wspomnianej już bladości błon śluzowych. Badanie jamy brzusznej prócz tkliwości w okolicy okrężnicy zstępującej i esicy oraz badanie przez odbytnicę nie wykrywa nic nieprawidłowego. Wątroba powiększona, wystaje na szerokość palca poniżej łuku żebrowego, zbitości prawidłowej, niebolesna.

Śledziona niemacalna. Narząd moczowopłciowy, nerwowy i zmysłowy bez zmian.

Przy badaniu wysuwało się zatem na czoło powiększenie wymienionych gruczołów chłonnych przy ogólnem wyniszczeniu i niedokrwistości. Nie mogąc przy pierwszem badaniu rozstrzygnąć rozpoznania, należało odczekać, jaki będzie przebieg choroby i wykonać szereg badań pomocniczych. Przeprowadzono następujące badania:

1) Kilkakrotne badanie moczu stwierdzało przejrzystość, barwę jasno-żółtą, słomkową, ciężar właściwy 1010—1014, oddziaływanie słabo kwaśne lub obojętne. Białka bywało 1% do 3%! Cukru i acetonu niema, urobilina obecna, ilość urobilinogenu i indykanu zwiększona, odczyn dwuazowy ujemny. Chlorki wybitnie zmniejszone (22‰ do 5‰). W osadzie znajdywano początkowo bardzo liczne wałeczki szkliste, pojedyncze ziarniste i krwinki czerwone, dość liczne krwinki białe, częściowo stłuszczone, nabłonki płaskie dolnych dróg moczowych i rodnych. Stopniowo ilość krwinek czerwonych zmniejszała się przy utrzymywaniu się innych składników postaciowych. Prątków Kocha nie znaleziono. Wynik badania co do lipoidów stale ujemny.

2) Badanie krwi cytologiczne:

10. X. C. cz. 3.000.000 Hb 50%. Wskaźnik 0,8.

C. b. 9.000. Nieznaczna anizocytoza i pojkilocytoza. Hemogram ciałek białych: wielojądrzaste obojętnochłonne 74%, pałeczkowate 2%, młode 1%, zasadochłonne 0, eozynochłonne 2%, monocyty 2%, limfocyty 19%.

20. X. C. cz. 2 700.000 Hb 46%, wskaźnik 0,9.

C. b. 10.200. Anizocytoza i pojkilocytoza. Hemogram ciałek białych: wielojądrzaste 86.5%, pałeczkowate 1%, młode 0, zasadochłonne 0, eozynochłonne 0,5%, monocyty 1%, limfocyty 11%.

10. XI. C. cz. 2.200.000 Hb 38%, wskaźnik 0,9.

C. b. 10.900. Znaczniejsza anizocytoza i pojkilocytoza. Hemogram ciałek białych: wielojądrzaste 89%, pałeczkowate 1%, młode 0, zasadochłonne 0, eozynochłonne 0, monocyty 2%, limfocyty 8%.

3) Badanie plwociny co do prątków Kocha, tak wprost jak i z antyforminą, kilkakrotnie z wynikiem ujemnym.

4) Stolce wodniste bez domieszki ropy i krwi. Badanie co do prątków Kocha wypadło ujemnie.

5) Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej stwierdzało wnęki smugowate, w prawej wnęce między II i IV żebrem z przodu duży gruczoł lub gniazdo gruczołowe, na granicy tego gruczołu w dolnej jego części zwapnienia (10. X.).

6) Odczyn Wassermanna i Meinickego ujemny (11. X.).

7) Dno oczu bez zmian, wyraźne tętnienie naczyń (15. X.).

8) Badanie krwi chemiczne: azot pozabiałkowy 51.80, indykan słabo wzmożony, zasób zasad: 63.75 $CO_2$ (?), chlorki 0.453%, białko 5.85%, (15. XI.).

9) Próby wodnej i suchej nie wykonano z powodu wymiotów, potów i biegunek.

10) Badania histologicznego wycinka gruczołu nie wykonano, gdyż chora nie chciała się zgodzić na zabieg, jednak znaliśmy wynik badania z lutego 1929 r. powyżej przytoczony.

W czasie dwumiesięcznego pobytu na oddziale naszym chora gorączkowała nieregularnie, zwykle popołudniu i wieczorem bywały stany podgorączkowe, najwyżej do 38,4° C. Nieraz 1—2 dni nie było gorączki, w ostatnim tygodniu również nie było gorączki, a w kilku dniach przed śmiercią ciepłota nie dochodziła granic prawidłowych. Tętno wahało się koło 80—100 na minutę, w ostatnich dniach 120. Ciśnienie krwi pozostawało w granicach prawidłowych. Gruczoły pachowe prawostronne nieznacznie się powiększyły. Wątroba po dwóch tygodniach już nie wystawała z pod łuku żebrowego. Ślady obrzęków po kilku dniach zupełnie znikły. Moczu w pierwszych dniach było 800 do 1100 cm³ na dobę, później mierzyć nie było można z powodu wymiotów i ciągłych uporczywych biegunek, które dołączyły się zaraz w pierwszych dniach pobytu na oddziale i które żadnemi środkami powstrzymać się nie dawały. Okresy bez wymiotów lub biegunek ograniczały się tylko do 2—3 dni. Dokuczliwy świąd, poty, brak łaknienia, osłabienie, znaczny spadek wagi (8 kg w ciągu miesiąca), szybko postępujące ogólne wyniszczenie dopełniały obrazu chorobowego i wśród tych objawów charłactwa chora zmarła 30. XI. 1929 r. Rozpoznanie brzmiało: *lymphogranulomatosis s. s. amyloidosi renum et cachexia.*

S e k c j a z w ł o k została wykonana w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. d. 30. XI. 1929 (L. prot. 919, dr. M a ń k o w s k a). Z wyniku jej przytaczamy tylko szczegóły dla naszego przypadku ważne:

Odżywienie ogólne znacznie podupadłe. Skóra sucha, blada. W tkance podskórnej niema obrzęków. W narządzie oddechowym, w narządzie krążenia i moczopłciowym prócz niedokrwienia nie znaleziono żadnych zmian. (Głowy nie sekcjonowano).

W jamie otrzewnej niema wolnej cieczy. Otrzewna ścienna i trzewna gładka, lśniąca, bez zgrubień, blada. Ułożenie trzew brzusznych prawidłowe.

Śledziona waży 150 g, jest kształtu prawidłowego, sztywna, twardsza. Torebka śledziony cienka, gładka. Na przekroju miąższ barwy ciemno-czerwonej, o połysku słabym, nieco plastyczny; grudki śledzionowe wyraźnie zaznaczone, częściowo zlewające

się ze sobą, szarawe, przeświecające. Zmian charakterystycznych dla ziarnicy (śledziona „porfirowata") niema.

Wątroba waży 1200 g, jest prawidłowego kształtu, twardsza. Powierzchnia wątroby jest gładka, lśniąca, torebka cienka. Na przekroju rysunek jest zatarty, miąższ barwy żółtawej, o słabym połysku, plastyczny.

Nerka prawa waży 120 g, lewa 130 g, obie są prawidłowego kształtu i prawidłowej zbitości. Torebka właściwa nerek jest cienka i łatwo daje się oddzielić od powierzchni. Powierzchnia nerek jest równomiernie nieznacznie chropawa, jakby szpilką pokłuta. Na przekrojach rysunek nerek wyraźny, połysk słaby; kora barwy blado żółtawej, substancja rdzeniowa barwy bladoróżowej.

Nadnercza nieco powiększone, kształtu prawidłowego, nieco sztywniejsze i twardsze. Na przekrojach substancja korowa szaro-żółtawa o słabym połysku, substancja rdzeniowo różowa o połysku wilgotniejszym.

Dwunastnica i jelito cienkie zawierają dość obfitą treść płynną, żółtawą; śluzówka gładka, lśniąca, blada, zresztą ściany bez zmian. W jelicie grubem niewielka ilość kału żółtej barwy, częścią płynnego, częścią papkowatego; błona śluzowa gładka, lśniąca, blada, w innych warstwach ściany niema zmian. W żołądku i trzustce zmian nie znaleziono.

Gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe są wielkości średniej fasoli, prawidłowej zbitości; przekrój ich jest gładki, barwy bladoróżowej, bez zmian makroskopowych.

Wybitne zmiany stwierdzono natomiast w niektórych gruczołach chłonnych obwodowych oraz w gruczołach chłonnych śródpiersia.

Gruczoł nadobojczykowy prawy jest powiększony do rozmiarów orzecha włoskiego, twardy; przekrój jego jest gładki, barwy szarej, o połysku szklistym.

W prawej pasze znajduje się pakiet gruczołów wielkości pięści. Poszczególne gruczoły są znacznie powiększone, od rozmiarów orzecha laskowego dochodzą do rozmiarów orzecha włoskiego, a jeden jest nawet wielkości jaja gołębiego. Pomiędzy sobą i ze skórą gruczoły te nie są zrosłe. Wszystkie są twarde; przekrój ich jest gładki, barwy szarożółtawej dość jednostajnej, o połysku szklistym.

Niektóre gruczoły oskrzelowe i śródpiersiowe są wielkości fasoli, zbitości prawidłowej, o przekroju gładkim, barwy szarołupkowej lub blado-szarawej, czarno marmurkowane. Przeważnie jednak gruczoły są tutaj powiększone, dochodząc do rozmiarów orzecha włoskiego, twardsze, o przekroju gładkim, barwy szarawej, o połysku szklistym; w niektórych zaś widać na przekroju już gołem okiem przewagę szarawobiałych zbitych pasm tkanki włóknistej.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Lymphogranulomatosis lymphoglandularum axillarium dextrarum, supraclavicularium dextrarum, peribronchialium et mediastinalium. Amyloidosis lienis, hepatis, renum, glandularum suprarenalium. Amyloidosis intestinorum* (??) *Anaemia.*

Badanie mikroskopowe co do zmian skrobiowatych stwierdziło wybitny odczyn z fioletem metylowym, natomiast jodowy odczyn niepewny (może wskutek poprzedniego ustalenia wycinków w formalinie).

W wątrobie stwierdzono drobnowidowo zwykły obraz skrobiawicy miernego stopnia: osadzenie się substancji skrobiowatej w ścianach tętniczek międzyzrazikowych i między ściankami naczyń włosowatych a beleczkami wątrobnemi w pośrednich częściach zrazików. W nerkach zmiany skrobiowate ograniczały się do kłębków i niektórych drobnych tętniczek międzycewkowych, przyczem w nabłonkach cewek było wcale znaczne stłuszczenie.

Natomiast wybitne były zmiany skrobiowate śledziony, nadnerczy i stosunkowo znaczne w jelitach. W śledzionie był wprawdzie przedewszystkiem obraz tak zwanej śledziony sagowatej: nagromadzenie substancji skrobiowatej nie ograniczało się jednak tylko do grudek śledzionowych, ale nieznacznie z nich przechodziło na otoczenie, a nadto wśród właściwego miąższu śledzionowego znajdywały się w wielu miejscach pola ze złogami amyloidu wokoło naczyń ze znacznym ubytkiem komórek miąższu śledzionowego. W nadnerczach substancja skrobiowata znajdowała się przeważnie w warstwie korowej; obraz histologiczny nie różnił się od zwykłego obrazu tej zmiany nadnerczy. W jelitach substancja skrobiowata ciągnęła się prawie jednostajnym dość grubym pasem wzdłuż warstwy mięsnej śluzówki *(muscularis mucosae)*, często zaś grudki substancji skrobiowatej leżały wśród podścieliska śluzówki pomiędzy gruczołami lub w powierzchownych warstwach błony podśluzowej, a także w ścianach jej tętniczek: nie było ich natomiast w obrębie właściwych warstw mięsnych, gdzie zdarzają się tylko w bardzo wysokich stopniach skrobiawicy jelit.

Uderzająca była obecność i siedziba substancji skrobiowatej w gruczołach chłonnych, zmienionych ziarniczo. Znajdowały się tu nieregularnie rozrzucone bez wyraźnego związku z jakiemikolwiek szczegółami budowy anatomicznej gruczołu — okrągławe gniazda, dochodzące wielkości gruczołowej grudki chłonnej, odgraniczone wyraźnie od sąsiedniej tkanki gruczołu, a zawierające po kilka do kilkunastu złogów substancji skrobiowatej, nieregularnie okrągławych, leżących tuż koło siebie, a niekiedy poczęści zlewających się ze sobą. Rzadko tylko pomiędzy złogami widać drobne komórki okrągławe o dość ciemno barwiącem się jądrze, a bardzo rzadko pojedyncze komórki śródbłonkowe lub resztki ścianki naczynia o zapadniętem świetle.

Obraz drobnowidowy zmian ziarniczych był w gruczole nadobojczykowym prawym i prawych gruczołach pachowych następujący: Budowa gruczołów była częściowo zachowana, częściowo zaś napotykało się wielką różnorodność utkania, składającego się w znacznej części z limfocytów, niejednostajnie zmieszanych z komórkami plazmatycznemi, fibroblastami w rozmaitym okresie rozwoju i leukocytami, wśród czego znajdują się rozsiane dosyć jednostajnie, gdzieniegdzie nawet licznie, duże pęcherzykowate komórki o obfitej jasno się barwiącej protoplazmie i o jądrze bądź słabo się barwiącem z mieobfitą chromatyną, bądź przeciwnie, wyraźnem, ciemno się barwiącem, nieraz nieregularnego kształtu; niekiedy napotyka się w takich komórkach jakby szczątkowe obrazy nieprawidłowych podziałów. Większość tych dużych komórek odpowiada mniej lub więcej charakterystycznemu typowi komórek Sternberga. Komórek eozynochłonnych jest bardzo mało. Prócz tego gdzieniegdzie napotyka się na nieregularne zwłóknienie. Nigdzie niema ognisk martwiczych.

W gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych widać poczęści znaczne zwłóknienie i pylicę, po części obraz zmian ziarniczych, różniący się od obrazu w gruczołach pachowych i nadobojczykowym tylko znaczniejszemi i rozleglejszemi zwłóknieniami.

Stan chorej i badania dodatkowe wykluczały klinicznie powiększenie gruczołów na innem tle, prócz sprawy gruźliczej względnie ziarnicy złośliwej. Gruźlica była mniej prawdopodobna ze względu na brak zmian gruźliczych w płucach i ujemny wynik badania plwociny, moczu i kału co do prątków Kocha. Obraz krwi (hiperleukocytoza, neutrofilja z limfopenją przy niedokrwistości), dane podmiotowe (świąd), zachowanie się gorączki, całość obrazu chorobowego oraz przebieg choroby nie przemawiały za gruźlicą. Na podstawie tych samych danych przy stolcach wodnistych bez domieszki ropy i krwi nie można było przypuszczać gruźlicy jelit z owrzodzeniami, tembardziej, że mieliśmy inne wytłumaczenie biegunek, mianowicie sprawę nerkową lub samą ziarnicę.

Pozostała więc ziarnica złośliwa w jej końcowym okresie, mimo dawniejszego wyniku badania histologicznego. Zasadnicza sprawa chorobowa nie pozostawiała już wątpliwości.

Objawy ze strony płuc w postaci stłumienia i osłabienia szmerów oddechowych nad wnęką i szczytem prawym tłumaczyliśmy sobie przy potwierdzeniu rentgenologicznem uciskiem powiększonych gruczołów wnękowych.

Chodziło jeszcze o wytłumaczenie objawów ze strony narządu moczowego. Mieliśmy tu objawy zapalne obok objawów zwyrodnienia, — *„nephroso- nephritis"*. Mając przed sobą przypadek ziarnicy, wiodącej szybko do wyniszczenia ogólnego, rozpoznawaliśmy skrobiawicę nerek, wiedząc, że substancja skrobiowata odkłada się nietylko w tkance łącznej, na której spoczywa nabłonek kanalików nerkowych, ale przedewszystkiem w naczyniach włosowatych, zwłaszcza kłębków i w małych naczyniach tętniczych, skąd powstać mogą częściowe objawy zapalne (krwinki czerwone). Z pomocą przyszła nam później jeszcze wiadomość od lekarza, który znał dawniej chorą, iż przed $1^1/_2$ rokiem zmian w moczu nie było. Dzięki temu bardziej uwydatniła się bezwzględna zależność objawów nerkowych od postępów zasadniczej sprawy chorobowej.

Mimo, że obraz skrobiawicy nerek za życia nie jest jednolity i obrzęki nie zawsze należą do obrazu chorobowego, jednak zwykle choć na krótki czas przed zejściem śmiertelnem obrzęki się zjawiają i to nieraz znaczne. Często nie są one jednak wtedy wyrazem zmian nerkowych, lecz sercowych lub charłactwa, czy ogólnej skrobiawicy. U naszej chorej znaczniejszych obrzęków nie było, pod koniec życia nie było ich wcale. Dlaczego — niewiadomo na pewno; pod koniec życia mogły one zniknąć w związku z uporczywemi biegunkami i stąd znaczną utratą wody z ustroju. Ujemny wynik badania wycinka gruczołu pachowego 8 miesięcy przed przyjęciem chorej do szpitala nie pozostawał w sprzeczności z naszem rozpoznaniem klinicznem, bo tłumaczył się łatwo tem, że zmiany anatomiczne charakteryzujące ziarnicę, rozwijają się stopniowo i nierównocześnie, nietylko w rozmaitych grupach gruczołów chłonnych, ale także w poszczególnych gruczołach tej samej grupy. We wcześniejszych okresach sprawy może

być wskutek tego rozpoznanie histologiczne ziarnicy wątpliwe, a w samych początkach zajęcia gruczołu może ono nie dostarczyć żadnych podstaw nietylko do jej rozpoznawania, ale nawet do podejrzeń w tym kierunku. W gruczole, badanym na 8 miesięcy przed przyjęciem chorej na oddział, chociaż już powiększonym, sprawa była najwidoczniej w okresie początkowym, w którym może nie być jeszcze nietylko klasycznego obrazu lub przynajmniej typowych komórek Sternberga, ale nawet ani zatarcia budowy gruczołu i polimorfji komórek, ani liczniejszych komórek cozynochłonnych, coby mogło kierować myśl w kierunku ziarnicy, a bez czego wprawdzie jej możliwości całkiem wykluczyć nie sposób, ale z drugiej strony niema także powodu, by ją przypuszczać.

Ostatecznie więc mieliśmy prawo rozpoznać klinicznie: *Lymphogranulomatosis subsequente amyloidosi renum et cachexia.*

Rozbiór zwłok potwierdził nasze rozpoznanie, dodając ważne szczegóły do niego. Skrobiawica nie była ograniczona tylko do nerek, lecz w znacznym stopniu zajęła także inne narządy, przedewszystkiem ważne narządy w jamie brzusznej.

Uporczywe biegunki, spostrzegane u naszej chorej, należy objaśnić nietylko samą ziarnicą, chociaż biegunka jest uważana za jeden z objawów tej choroby, szczególnie w rzadszej postaci ziarnicy przewodu pokarmowego. Przy wczesnej ziarnicy nieżyt i powierzchowne wrzodzienie błony śluzowej jelit (Ortner), czy stan podrażnienia z wysiękiem (Weinberg) ma wywoływać biegunki, w końcowych zaś okresach ziarnicy występującą biegunkę przypisać należy raczej skrobiawicy błony śluzowej jelit (Weinberg, Bloch, Meyer). Jeżeli rzadko są wzmianki o tem w opisie przypadków, to tłumaczyć to można bądź brakiem badania zwłok, bądź częściej jeszcze brakiem badania histologicznego. Gołem okiem można rozpoznać skrobiawicę jelit tylko wyjątkowo przy bardzo znacznym jej stopniu. Przyczyną biegunek byłaby zatem w naszym przypadku w świetle tego tłumaczenia nietylko skrobiawica nerek, ale, i to w większym może stopniu, skrobiawica przewodu pokarmowego.

Drugim godnym uwagi wynikiem badania sekcyjnego jest potwierdzenie naszego klinicznego przypuszczenia, że innych zmian chorobowych we wszystkich narządach nie było, prócz przytłaczających obraz, zmian następowych. Brak zmian kiłowych, gruźliczych, śladów przebytych ropień, nawet dawnych, wyklucza bezwątpienia inne tło skrobiawicy.

Wreszcie trzecie, co zasługuje na podkreślenie, to znaczna rozległość skrobiawicy przy zmianach ziarniczych stosunkowo niewielkich, tak co do liczby, jak co do wielkości zajętych gruczołów.

Meyer zestawia z piśmiennictwa wszystkie (30) przypadki ziarnicy ze skrobiawicą podane od czasu wyosobnienia ziarnicy aż do r. 1920. Odrzuca przytem grupę przypadków, gdzie obok ziarnicy wchodzi równocześnie w grę gruźlica, stwierdzona za życia lub na zwłokach, odrzuca również grupę przypadków, gdzie czystej wyłącznej zależności skrobiawicy od ziarnicy nie można z całą pewnością stwierdzić. Pozostaje 14 przypadków pewnych, dokładniej opisanych, gdzie zależność tych dwu spraw od siebie nie pozostawia wątpliwości, piętnastym jest przypadek Meyera. Przypadki takie ogłosili mianowicie Bloch, Buchanan, Hess, Labbé z Jacobsenem, Pontoppidan (2 przypadki), Steiger (3 przypadki), Sternberg, Warnecke, Westphal, Wilks, Zuppinger[1]). Ogłaszając swój (piętnasty z rzędu) przypadek, zaznacza Meyer, że w rzadkiem zresztą zespoleniu ziarnicy z ogólną skrobiawicą, uderza stosunkowa częstość zmian skrobiawiczych w jelitach. Po roku 1920 przybyło tylko 8 spostrzeżeń, a to po jednem Schugta, Stahra z Synwoldtem, Schalonga, 4 — Lubarscha, a w końcu jedno Gsella. Nasz przypadek jest przeto dopiero dwudziestym czwartym (wśród paruset już conajmniej ogłoszonych przypadków ziarnicy), bo w 2 przypadkach Paltaufa i w 1 Lubarscha mogła się skrobiawica tłumaczyć zmianami gruźliczemi rozpadowemi, istniejącemi obok ziarnicy, a we wszystkich innych przypadkach ziarnicy autorowie albo wyraźnie zaznaczają, że skrobiawicy nie było, albo wcale o niej nie wspominają; niepodobna zaś przypuścić, aby o niej po ogłoszeniu nowszych prac nie pamiętali, przynajmniej autorowie sumienni i rozporządzający liczniejszemi własnemi spostrzeżeniami ziarnicy, jak n. p. Coronini (10 przypadków), Weber (7 przyp.), Terplan z Mittelbachem (29 przypadków), Lubarsch (50 przyp.).

Jeżeli nawet za wzorem Lubarscha oceniać częstość zespołu skrobiawicy z ziarnicą wedle odsetka ziarnicy wśród przypadków skrobiawicy, to również okazuje się ten zbieg obu spraw rzadki. Lubarsch wśród swoich 289 przypadków skrobiawicy śledziony znalazł ziarnicę, jako wyłączną przyczynę, tylko w 1.9%. Ale i ten mały odsetek wydaje nam się w materjale Lubarscha tylko przypadkowym. W statystyce Zakładu anatomji patologicznej w Krakowie przypada (wedle obliczenia z 9 lat — 1909—1917) na 7517 wykonanych sekcyj 186 przypadków skrobiawicy ogólnej, to jest 2.45%. W tym stosunku na 7531 sekcji (wykonanych w ciągu ośmiolecia 1923—1930), wśród których było 18 przypadków ziarnicy złośliwej (0.24%), jedyny tu opisany przypadek skrobiawicy przy ziarnicy stanowi zaledwo 0.5% w stosunku do spostrzeżeń ziarnicy, a więc o wiele mniej, niż 1.9% Lubarscha.

Oprócz względnej częstości skrobiawicy jelit w ziarnicy, o czem wspomina Meyer, cechą ziarnicy miałaby być wedle Lubarscha większa częstość rozsianej (grudkowej) niż rozlanej lub mieszanej postaci skrobiawicy śledziony (w materjale Lubarscha 5:1) na podobieństwo przewagi tej postaci skrobiawicy w gruźlicy. Nasz przypadek nie może jednak poprzeć tego twierdzenia, bo w śledzionie była w naszym przypadku właśnie postać mieszana.

Wnioski, jakie różni autorowie wysuwają ze spostrzeżeń połączenia ziarnicy ze skrobiawicą, są bardzo rozmaite.

I tak, uznając związek bezpośredni ziarnicy i skrobiawicy, wnoszą stąd niektórzy autorowie, że ziarnica jest sprawą przewlekłą zapalną, a nie nowotworową (Steiger 1913), że jest sprawą zakaźną (Labbé i Jacobsen 1890), że nie jest gruźlicą (Warnecke 1905).

Inni znów (Zuppinger, Hess, Bloch), przypuszczając gruźliczą etjologję ziarnicy, dopatrują się w swoich przypadkach potwierdzenia tego przypuszczenia: podnosząc mianowicie, że skrobiawica jest najczęściej skutkiem gruźlicy, wyrażają zdanie, że pojawianie się skrobiawicy w ziarnicy wskazuje, iż ziarnica jest tylko odrębną formą gruźlicy.

Wnioski te, naszem zdaniem, z jednej strony za daleko wkraczają w zawikłane zagadnienie etjologji ziarnicy, a z drugiej strony usiłują wtłoczyć sprawę skrobiawicy w zbyt ciasne ramy, uwzględniając tylko jej tło gruźlicze, a pomijając inne jej pochodzenie. Prawda, że wśród przypadków skrobiawicy ogólnej najczęstszą podstawą jest gruźlica; Lubarsch n. p. spotkał ja w 64%, Ophüls w 57%; dawniejsi autorowie nawet jeszcze częściej: Blum w 79%, Birch-Hirschfeld w 81% przypadków skrobiawicy. Ale przecież oprócz tego bardzo często spotyka się skrobiawicę przy przewlekłych ropieniach (Lubarsch 22.4%, Ophuls 25.8%), niezbyt rzadko, (a w każdym razie niepomiernie częściej, niż w ziarnicy) — w kile (od 3.9% do 6.7%), — przy nowotworach (od 5.6% do 7.8%), czasem zaś bez uchwytnej przyczyny. Niewątpliwie więc pojawienie się skrobiawicy nie mówi samo przez się nic o charakterze wywołującego ją czynnika chorobotwórczego. Czynniki te mogą być bardzo rozmaite, obok już znanych mogą w grę wchodzić jeszcze inne, jak to widać zwłaszcza z wyników badań eksperymentalnych; wszak niezbyt dawno Murata i Yoshikawa (1927) wywołać zdołali skrobiawicę przez wewnętrzne lub pozajelitowe stosowanie kwasu krzemowego i krzemianu sodowego! W genezie skrobiawicy tylko to jedno wydaje się pewne, wedle badań Kuczyńskiego, częściowo potwierdzonych przez Uchino, że nie odgrywa w niej roli jakość czynnika, byleby wywołał on w ustroju częściowe, a niedostateczne rozszczepienie ciał białkowatych. Zespołu skrobiawicy z ziarnicą nie można więc żadną miarą uważać za dowód gruźliczej przyrody ziarnicy.

Wnioski z naszego spostrzeżenia nie odbiegają daleko od wniosków Meyera i Schalonga. Możemy zaś streścić nasze wnioski następująco:

1) Związek bezpośredni między ziarnicą a skrobiawicą zdarzyć się może, jak to nasz przypadek potwierdza bardzo wyraźnie. Rozpoznanie za życia wprawdzie natrafia na duże trudności, jest jednak możliwe. Rozpoznanie skrobiawicy obok ziarnicy nie zapewnia wszakże choremu korzyści, a to z powodu nieuleczalności zasadniczego schorzenia.

2) Nie można stwierdzić związku między rozległością zmian ziarniczych gruczołowych a wystąpieniem, stopniem i siedzibą skrobiawicy.

3) Występowanie skrobiawicy przy ziarnicy nie rzuca bliższego światła na etjologję ziarnicy.

4) Występowanie skrobiawicy przy ziarnicy jest jednym z dalszych dowodów słuszności poglądu, iż ziarnica jest sprawą ogólną, a nie miejscowem schorzeniem gruczołów. Powiększenie gruczołów jest tylko jednym z jej objawów.

---

[1]) Przytocz. wedle Meyera.

*Piśmiennictwo:*

1) Arciszewski: Polska Gaz. Lek. 1927, Nr. 28—29. — 2) Coronini: Ziegler's Beitr. 1928. T. 80. — 3) Düring D.: Arch. für. kl. Med. 1918. — 4) Fränkel w Henke-Lubarsch: Handb. d. path. Anat. I/1 str. 358. — 5) Gsell: Ziegler's Beitr. 1929. T. 81. — 6) Herxheimer: Krankheitslehre der Gegenwart. 1927, strona 78. — 7) Kraus i Lubarsch: Berl. kl. W. 1918, Nr. 30. — 8) Kuczyński: Virchow's Arch. 1922. T. 239. — 9) Lichtwitz: Die Praxis der Nierenkrankheiten 1921. — 10) Lubarsch i Borchardt w Henke-Lubarsch: Handbuch d. path. Anat. IV/3, str. 61. — 11) Lubarsch: tamże 1/2, str. 594. — 12) Matthes: Differentialdiagnostik innerer Krankh. 1922. — 13) Meyer: Berl. kl. W. 1920. Nr. 35, S. 831. — 14) Munk: Pathol. und Klinik der Nierenerkrankungen 1925. — 15) Murata i Yoshikawa. Virchow's Arch. 1927, T. 264. — 16) Ortner: Klin. Symptom. 2 B. 1926. — 17) Ophüls: przyt. wedle Lubarscha. — 18) Paltauf: Wiener kl. W. 1929. Nr. 14. — 19) Rencki: Polska Gaz. lek. 1924, Nr. 3. — 20) Schalong: Virchow's Arch. 1925. T. 257. — 21) Schugt: Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 1922. T. 26. — 22) Stahr i Synwoldt: Med. kl. 1922, Nr. 13, s. 404. — 23) Terplan i Mittelbach: Virchow's Arch. 1929. T. 271. — 24) Uchino: Ziegler's Beitr. 1925. T. 74. — 25) Weber: Ziegler's Beitr. 1930. T. 84. — 26) Weis i Fraenkel: Münch. m. W. 1921. Nr. 10.

---

## WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Jadwiga WITKOWSKA, Asystentka Oddziału. Lwów.

### Wpływ przysadki mózgowej na kobiecy narząd rodny [1]).

Z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego O. Z. K. Ch. we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Seidler.

Począwszy od końca ubiegłego wieku zaznacza się w medycynie rozwój hormonoterapji, opartej na coraz to dokładniejszem poznawaniu wewnątrzwydzielniczej czynności gruczołów dokrewnych. Gromadząc z dnia na dzień obfitszy materjał zaobserwowanych faktów, krok za krokiem budujemy z pojedyńczych cegiełek poznania gmach wiedzy hormonalnej. Wysiłki ginekologów skupiają się koło rozbudowy teorji o wewnątrzwydzielniczej działalności narządu rozrodczego kobiety.

W początkach wysuwało się na plan pierwszy zagadnienie funkcji rozrodczej jajnika, sposób i porządek wytwarzania dojrzałej komórki jajowej, jako też związek jajeczkowania z krwawieniami miesięcznemi macicy. (Fraenkel, Pflüger). W dalszych dociekaniach zwraca na siebie uwagę jajnik, już jako gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu, wysyłający do krwi hormony, które decydują, że dany ustrój staje się ustrojem żeńskim, nabiera cech i fizjologicznych zdolności kobiecych. Dziś wiemy już, że jajnik rządzi rozwojem wtórorzędnych narządów żeńskich; zależność biologji macicy od wpływów jajnika i komórki jajowej jest dziś rzeczą ogólnie znaną i uznaną. (Chociażby wspomnieć tylko o szybkim wzroście macicy i przyległych części narządu rodnego w czasie pokwitania, a więc w czasie, gdy rozpoczyna się w jajniku wytwarzanie dojrzałych komórek jajowych). Dalej poznano już ściśle okresowe przemiany błony śluzowej macicy w związku z fizjologicznym cyklem jajnikowym, oraz chorobowe procesy błony śluzowej i mięśnia macicznego w następstwie zaburzeń w fizjologji jajnika. Zanik narządu rodnego po ustaniu czynności wewnątrzwydzielniczych jajnika (trzebienie lub pora przekwitania) świadczy również o zależności narządu rodnego od wpływów czynnego jajnika. Ta niewątpliwa przewaga jajnika zaciemniała przez dziesiątki lat znaczenie samej macicy jako gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem. Dopiero ostatnie lata starają się wykazać wewnątrzwydzielniczą pracę macicy przez obserwację jajników w ustrojach, pozbawionych sztucznie macicy.

Koniec wieku XIX. zapoczątkowuje dokładniejsze studja nad znaczeniem w ustroju przysadki mózgowej, a to dzięki stwierdzeniu w 90-tych latach ubiegłego stulecia patogenetycznego związku między przysadką a akromegalją. Nastąpiły dalsze spostrzeżenia nad wpływem przysadki na przemianę materji i diurezę, na gospodarkę węglowodanową i cholesterynową w ustroju. Zauważono również niejasny dotychczas i obserwowany jedynie na żabach pobudzający wpływ przysadki na komórki barwikowe — melanofory. W ostatnich latach wysuwa się na pierwszy plan i coraz więcej uwagi przykuwa wybitny wpływ przysadki mózgowej nietylko na macicę, ale również na jajnik, który dotąd wydawał się być głównym dowódcą ustroju kobiecego. Nowsze badania wysuwają na to naczelne stanowisko ustroju właśnie przysadkę mózgową, przyznając jej znaczenie motoru, aktywującego i regulującego czynności fizjologiczno-rozrodcze jajnika.

Drobnowidowo dzielimy przysadkę na dwie zasadniczo odmienne części; część przednią gruczołową i część tylną nerwową. Łączy je ze sobą część pośrednia *pars intermedia*, anatomicznie niewyraźnie się wyodrębniająca i co do swego znaczenia inkretorycznego najmniej dotąd poznana. Naogół skłonni jesteśmy traktować ją wewspół z płatem tylnym, od którego w celach doświadczalnych trudno oddzielić się daje.

* * *

Działanie wyciągów z tylnego płata przysadki na mięsień maciczny wykorzystał dla celów klinicznych pierwszy Dale w r. 1906, zapoczątkowując systematyczne doświadczenia na macicach zwierzęcych w ustroju żywym, jako też na macicach wyciętych. Zadziałanie na macicę drobnemi ilościami wyciągu z tylnego płata przysadki pobudza mięsień maciczny do żywych skurczów, zachowujących w zupełności charakter skurczów fizjologicznych, t. zn. idących falisto od rogów ku ujściu wewnętrznemu macicy.

Ponieważ wyodrębnienie czystej postaci hormonu, zawartego w tylnym płacie przysadki, nie przedstawia większych technicznych trudności, więc też rychło przeniesiono badania z laboratorjów na teren kliniki, włączając hipofizynę do skąpego arsenału środków, wzmacniających bóle porodowe.

Doświadczenia kliniczne potwierdziły w całej rozciągłości nadzieje pokładane w tym hormonie. Wykazały 100% pewność jego działania na mięsień maciczny w sensie wzmacniania skurczów macicy połogowej, jako też wywołania skurczów macicy ciężarnej. Mamy już w handlu dużą ilość preparatów hormonalnych z tylnego płata, że wymienię tylko najbardziej znane, jak: *Hypofisin* (Beyer M. Lucius), *Pituglandol* (La Roche), *Pituigan* (Henning), *Pituitrin* (Parke- Davis) i inne, — z krajowych *Hypofisis pars post.* Spiessa i innych fabryk krajowych.

Preparaty te, sporządzane jako zastrzyki, są standaryzowane na myszkach i mianowane wedle międzynarodowych jednostek Voegtlina. Stężenia ich są różne, zazwyczaj w 1 $cm^3$ trzy jednostki jako preparaty słabsze, lub dziesięć jednostek, jako preparaty silniejsze.

W stosowaniu ich należy być ostrożnym, gdyż jak to wykazały badania Schüllera i Trendelenburga z r. 1928 mianowanie ich nie jest jeszcze idealnie pewne, a same preparaty wykazują zwykle działanie silniejsze od podanego mianownika. Z drugiej strony wrażliwość mięśnia macicznego na hipofizynę nie jest zawsze jednakowa. Bezpieczniejsze w użyciu są więc preparaty słabsze.

Działanie tego hormonu na macicę ciężarną, w sensie jej przemijającego skurczu, zostało wyzyskane jako objaw pomocniczy w rozpoznawaniu ciąży. Mianowicie, jeśli podczas dwuręcznego badania wstrzykniemy osobie badanej 0.5—1 $cm^3$ pituglandolu, odczujemy nader wyraźny skurcz i stwardnienie macicy, charakteryzujące jedynie macicę ciężarną (objaw Hoehne'go). Wobec tego faktu wydaje się rzeczą pozornie dość dziwną, dlaczego jednak macica we wczesnej ciąży nie da się wprawić pituglandolem w systematyczne skurcze porodowe. Właściwość ta sprawia, że nie możemy użyć pituglandolu jako *abortivum*. Fakt ten tłumaczy się obecnością w jajniku ciałka żółtego ciążowego, które na drodze hormonalnej paraliżuje wpływ kurczący hipofizyny na mięsień macicy ciężarnej i nie dopuszcza do wystąpienia rytmicznych skurczów. Dopiero zmiany wsteczne w ciałku żółtem lub uszkodzenie jaja płodowego (uraz chemiczny lub mechaniczny) uczula mięsień maciczny na wpływ przysadki. Występują skurcze poronieniowe, których celem jest opróżnienie jamy macicy. W tym okresie (wydalania), macica ciężarna oddziaływuje żywo na podany pituglandol, którego użycie okaże się niejednokrotnie wielce pomocnem, zwłaszcza w przypadkach gorączkujących, gdzie wzdragamy się przed skrobaniem.

Główną jednak domeną pituglandolu jest poród na czasie i to zasadniczo dopiero w drugim okresie (wydalania), choć i w okresie pierwszym nie można mu odmówić pewnego wpływu. Właściwem polem zastosowania pituglandolu są t. zw. pierwotnie słabe bóle porodowe, których tło stanowi brak tegoż hormonu w ustroju. Z pierwotnie słabemi bólami spotykamy się najczęściej u kobiet otyłych, lub o typie asteniczno-dziecięcym, gdzie niedomoga przysadki objawia się w niedorozwoju organizmu, względnie narządu rodnego, oraz w wadliwej przemianie materji.

---

[1]) Wygłoszono na kursach dla lekarzy kasowych w lutym 1931 r., i na posiedzeniu Tow. ginekol. lwowskiego w czerwcu b. r.

Pituglandol pobudza dzielnie skurcze macicy, a przez to samo wzmaga pracę tłoczni brzusznej, skracając czas wydalania płodu. W niedowładach macicy w trzecim okresie porodowym wywołuje jej energiczny skurcz, prowadzący do odklejenia i wydalenia łożyska; wreszcie w połogu przyśpiesza inwolucję macicy i opróżnia ją dokładnie z odchodów połogowych.

Ostatnie lata przyniosły różnorodne kombinacje preparatów przysadkowych z chininą, np. *Chinuitrin* Richtera, lub z wyciągami grasicy, która reguluje działanie przysadki (*Thymophysin*).

Na Oddziale położn. O. Z. K. Ch. posługujemy się od kilku lat tymofizyną z bardzo dodatniemi wynikami, dawkując ją jednak ostrożnie, najwyżej po pół ampułki domięśniowo. Ostrożność taka jest — zdaniem naszem — konieczna, ze względu na różny stopień reagowania mięśnia macicznego na hormon, tak, że liczyć się należy zawsze z możliwością przedawkowania. Zauważyliśmy zwłaszcza korzystne działanie tymofizyny w przypadkach małowydatnych, a częstych lub nieregularnych bólów, z niedostatecznem parciem rodzącej. Działanie jej zaznacza się wówczas w uregulowaniu i racjonalnem wzmożeniu skurczów macicy, co pobudza również tłocznię brzuszną do wydatniejszej współpracy. Dzięki zaś bardziej systematycznym przerwom między bólami, uwidocznia się niejednokrotnie korzystna zmiana w niezadowalającem dotychczas tętnie płodu, które staje się pełniejsze i regularniejsze, zwłaszcza, gdy podamy równocześnie kardjazol.

Obok wybitnego działania na mięsień maciczny, posiada tylny płat przysadki wpływ na ciśnienie krwi, które podwyższa do 15 mm Hg, dalej wpływ tonizujący na mięśnie gładkie jelit i pęcherza moczowego.

Przewidziany już w latach 1913—1914 przez Fühnera rozdział hormonów tylnego płata przysadki urzeczywistnili Amerykanie w r. 1928, wyodrębniając z tylnego płata dwa hormony — *Pitocin* i *Pitressin*.

Pierwszy z nich działa wybiórczo na mięsień maciczny, — drugi na jelita, pęcherz moczowy i ciśnienie krwi. Dalsze prace idą w kierunku wyodrębnienia hormonu działającego jedynie na pęcherz moczowy.

Po Ameryce udało się wyodrębnienie hormonów zakładom angielskim i niemieckim, tak, że dziś rozporządzamy następującemi preparatami:

Pitocyna, Pitresyna (Ameryka); Oksytocyna, Wazopresyna (Anglja); Orastyna, Tonefina (Niemcy); Myofizyna, Wazofizyna (Niemcy).

Wyodrębnienie poszczególnych hormonów z tylnego płata przysadki stanowi niewątpliwą zdobycz dla praktyki. Odpada całe niebezpieczeństwo związane dotychczas ze stosowaniem pituglandolu, którego podawanie było poważnie przeciwwskazane w stanach połączonych z podwyższeniem parcia krwi, a więc w eklampsji i stanach preeklamptycznych, oraz chorobach serca. Myofizyna nietylko parcia krwi nie podwyższa, ale je nawet obniża. Stosowana domięśniowo obniża parcie o 5 mm Hg, dożylnie nawet o 15 mm Hg, co utrzymywać się może od $^1/_2$ do 24 godzin. Łatwo zrozumieć jakie to daje korzyści, jeśli zważymy, że już wśród samego bólu porodowego parcie krwi fizjologicznie się podwyższa. Myofizynę stosuje większość autorów również w ilości 3 jedn. Voegtlina. Dawka ta ma rzekomo skracać czas wydalania do $^1/_3$. Skurcze macicy po zastosowaniu myofizyny są mniej bolesne, możliwe, że dzięki wyeliminowaniu skurczów naczyniowych.

Drugi hormon, wazopresyna, okazuje wybiórcze działanie na jelita, pęcherz i ciśnienie krwi. Zyskujemy w niej więc dzielny środek do zwalczania pooperacyjnych porażeń jelit i pęcherza moczowego.

5 jedn. wazopresyny wywołuje już po paru minutach wydatną perystaltykę, nieosiągalną znanemi dotychczas środkami. Wstrzyknięta dożylnie podnosi wazopresyna ciśnienie krwi o 15—20 mm Hg, przyczem działanie jej różni się od adrenaliny tem, że zwężeniu ulegają równocześnie i naczynia wieńcowe serca, oraz naczynia nerkowe.

Pełny wyciąg z tylnego płata przysadki podwyższa ciśnienie krwi po uprzedniem przejściowym spadku, co jest mniej korzystne dla serca, aniżeli równomierne działanie wazopresyny. Być może, że wspomniany skurcz naczyń nerkowych powoduje zmniejszenie diurezy, obserwowane po wazopresynie do 33% wydalanego moczu. Właściwość ta zostanie prawdopodobnie wykorzystana w leczeniu moczówki prostej. Niezależnie od przewlocznego zmniejszenia diurezy działa wazopresyna doraźnie tonizująco na pęcherz moczowy w sensie jego wypróżnienia. Brak jakiegokolwiek wpływu kurczącego na mięsień maciczny umożliwia wykorzystanie właściwości jelitowych i pęcherzowych wazopresyny wśród istniejącej ciąży, która była dotychczas przeciwwskazaniem dla stosowania pituglandolu, — z obawy wywołania poronienia. Wazopresyna nadaje się również do zwalczania zapadów po operacjach brzusznych, występujących skutkiem przemieszczenia krwi do rozszerzonych naczyń brzusznych.

Przechodzimy z kolei do omówienia znaczenia przedniego płata przysadki. Płat przedni, gruczołowy, tworzą komórki kwasochłonne, zasadochłonne i podstawowe, które według dzisiejszego stanu badań produkują oddzielne hormony. Hormony te mają pozostawać ze sobą częściowo w związku antagonistycznym.

Komórki kwasochłonne są miejscem tworzenia hormonu wzrostu organizmu jako całości (Evans i Long). Antagonistą jego jest hormon rozwoju narządu rodnego, produkowany przez komórki zasadochłonne. Nauka o funkcji płata przedniego nie jest dotychczas kwestją zamkniętą. Znajduje się obecnie w okresie intensywnych badań, wyników których dotychczas nie uzgodniono.

Pierwszym kompleksem zjawisk, w których wykryto wpływ przedniego płata przysadki, jest przemiana podstawowa ustroju. Przysadka współdziała tu z tarczycą; przyczem tarczyca rządzi raczej przemianą spoczynkową, przedni płat natomiast podnosi dynamiczne oddziaływanie wprowadzonego pożywienia. Tym prostym klinicznym sposobem badania wykrywamy z łatwością niedomogę przysadki. Wyraża się ona w niedostatecznem spalaniu pożywienia, w szczególności białka, z następowem nagromadzaniem się tłuszczu w ustroju. Również w gospodarce węglowodanowej i cholesterynowej zdaje się przedni płat przysadki odgrywać ważniejszą rolę. Nieprawidłowa funkcja przedniego płata powoduje nieprawidłowości wzrostu organizmu w całości, jak gigantyzm i karłowatość, a przedewszystkiem zaburzenia w rozwoju (*infantilismus, hypogenitalismus*), i czynności narządu rozrodczego, od przejściowych hipo- czy hiperfunkcyj, aż do rozwiniętego obrazu *dystrophia adiposo-genitalis*.

Niezaprzeczalny związek hormonalny między przednim płatem przysadki a jajnikiem, wykrywają ostatnio liczni i poważni badacze (Aschner, Vogt, Filip, Fels, Aschheim-Zondek i i., a z polskich Liebhardt, Ptaszek), pracując nad ustaleniem wzajemnych wpływów przysadki i jajnika wogóle, a przysadki i jaja płodowego w szczególności.

Nie chcąc rozszerzać nadmiernie tematu nie mogę wyliczać znacznej ilości prac doświadczalnych i klinicznych, jakie ostatnie lata przynoszą na tem polu. Gorąca polemika, jaka wre dziś na łamach pism fachowych, świadczy wymownie o wadze zagadnienia, którego rozwiązanie otworzy rozległe horyzonty dla lecznictwa. Leczenie anomalij rozwojowych, oraz cierpień ginekologicznych, oparte na zdobytych w tej dziedzinie przesłankach, zasługiwaćby mogło rzeczywiście na miano lecznictwa przyczynowego.

W krótkich zarysach sprawa ta przedstawia się dziś następująco: Przedewszystkiem wydaje się jakoby przysadka miała znaczenie dominujące w zespole narządów wewnątrzwydzielniczych kobiety, — jajnik zaś został zdegradowany ze swego rządzącego stanowiska do roli organu podległego przedniej hipofizie. Podkreślić jednak trzeba, że wpływ przedniego płata przysadki mózgowej działa na narząd rodny wyłącznie drogą przez jajnik, gdyż po operacyjnem usunięciu jajników, działanie tych hormonów stwierdzić się nie daje (Aschheim-Zondek). Sprawa ta jednak nie jest dostatecznie wyjaśniona, gdyż badania Fellnera zdają się temu zaprzeczać.

W swoich komórkach chromatochłonnych wytwarza przysadka dwa hormony prolan A i prolan B, które rządzą okresowem życiem jajnika. Prolan A pobudza do wzrostu i dojrzewania pęcherzyki Graafa, zaś prolan B powoduje ich pękanie i powstawanie ciałka żółtego. Hormony te jednak nie są swoiste dla płci, wykryto je w organizmie tak żeńskim, jako też i męskim, wpływają one nieswoiście pobudzająco na każdy gruczoł rozrodczy. Bez przedniego płata przysadki niemożliwym jest rozwój i funkcjonowanie gruczołu płciowego, ale też i naodwrót — wypadnięcie czynności jajnika pociąga za sobą wsteczne zmiany w przysadce. Niedomoga przedniego płata idzie w parze z niedorozwojem gruczołu płciowego; późniejsze schorzenia, czy guzy nowotworowe przysadki powodują zanik czynności jajnika. Prolan A i B są dla siebie antagonistami, a okresowa zmiana przewagi jednego nad drugim kieruje cyklem jajnikowym, pobudzając perjodyczne dojrzewanie pęcherzyków Graafa i ciałek żółtych. Pełne znaczenie swoisto-płciowe posiadają natomiast hormony jajnika *Folliculin* (z pęcherzyków Graafa) i *Lutin* (z ciałka żółtego). Kierują one cyklicznemi przemianami błony śluzowej macicy, jej regeneracją miesiączkową i przemianą w błonę śluzową przedciążową, oraz pobudzają wzrost mięśnia macicznego.

Tak więc zjawiska życia płciowego w organiźmie podlegają ostatecznie naczelnemu kierownictwu przysadki mózgowej.

Prolan wydziela przysadka mózgowa naogół w ilościach stałych (u kobiety ok. 250 jedn. mysich w litrze moczu). Zasługą

Aschheima i Zondeka jest stwierdzenie faktu, że prolan wydalany bywa z organizmu stale moczem, oraz w mniejszych ilościach kałem. Autorzy ci opracowali sposób ilościowego oznaczania tego hormonu na myszkach, określając jako jednostkę mysią tę ilość hormonu, która wywoła u młodocianej myszki w przeciągu 100 godzin zjawisko dojrzewania pęcherzyków, wylewów krwawych śródpęcherzykowych i luteinizacji. Przyjęła się ogólnie nazwa biologicznego odczynu Aschheima-Zondeka dla owych zmian w jajnikach myszek infantylnych po podaniu prolanu lub substancyj, prolan zawierających.

Ilość wydalanego z organizmu prolanu zwiększa się niepomiernie w ciąży, dochodząc do 10.000 jedn. m. w litrze. Odkrycie tego faktu ma zasadnicze znaczenie dla stwierdzenia ciąży, a odczyn Asch.-Zond. jest dziś uważany za najpewniejszą próbę ciążową, gdyż pewność jego dochodzi do 97%. Takiej pewności nie dawała nam dotychczas żadna z prób serologicznych. Jedynie Roentgen, a mianowicie wykazanie istniejących punktów kostnienia, daje pewność jeszcze wyższą, bo 100%. Rentgenowskie rozpoznanie wczesnej ciąży jest jednak możliwe, przy najczulszych aparatach i najlepszej technice, dopiero począwszy od 9-go tygodnia ciąży, podczas gdy odczyn Aschh.-Zondeka występuje znacznie wcześniej.

Drugim ustalonym dotychczas faktem jest wysoka zawartość prolanu w tkance samego jaja płodowego, w łożysku i patologicznej tkance trofoblastycznej (zaśniad groniasty i nabłoniak kosmówkowy). Tkanka trofoblastyczna prawidłowa zawiera mniej prolanu, aniżeli tkanka zwyrodniała i nowotworowo bujająca. Dodatni odczyn Asch.-Z. możemy więc uzyskać również przez wszczepianie myszkom tkanki trofoblastycznej. Sposób ten jest szczególnie cenny w przypadkach skrobanek czy operacyj, w których chcemy sprawdzić jakość uzyskanej tkanki czy wyskrobin. Cała trudność leżała dotychczas w tem, że tkanka taka była dla myszek wysoce trująca i że zwierzęta ginęły przed uzyskaniem zmian w jajnikach. Zondek ogłasza ostatnio całkiem pewny sposób odtruwania takiej tkanki. Pobrane skrawki należy wypłukać dokładnie z krwi, wymoczyć przez 24 godz. w eterze etylowym *pro narcosi*, a następnie suszyć przez parę godzin w otwartem oknie w celu dokładnego wyparowania eteru. Skrawki takie może więc każdy lekarz-praktyk sam z łatwością przygotować i przesłać do badania.

Jeśli zważymy, jak mało charakterystyczne objawy kliniczne towarzyszą początkom kosmówkowego i jak niezmiernie trudne jest właściwe jego rozpoznanie pod mikroskopem, to przyznać musimy, że tak prosta próba biologiczna, o 100% pewności, jest jedną z największych zdobyczy medycyny w tej dziedzinie. Chodzi tu przecież o jeden z najzłośliwszych nowotworów.

Aschh. i Zondek tak dalece polegają na biologicznej próbie w przypadkach nabłoniaka kosmówkowego, że stawiają ją na pierwszem miejscu przed objawami klinicznemi i obrazem drobnowidowym i radzą kierować się wyłącznie jej wynikiem w rozpoznaniu i postępowaniu w przypadkach zwyrodnień jaja płodowego.

Miejsce wytwarzania tak olbrzymio zwiększonych ilości prolanu w ciąży i w przypadkach zwyrodnienia jaja płodowego, — jest dotychczas sporne. Aschheim i Zondek podtrzymują swe zdanie o wyłącznem działaniu przysadki mózgowej w tym zakresie. Przyłącza się do nich Roessler. Natomiast duża grupa autorów, do których należy Krauli, Rippel, Lehman, Philipp i Fels, — jest zdania, że produkcję prolanu obejmuje w ciąży samo jajo płodowe, zaczem przemawia szereg faktów. Najwięcej przekonywującym m. i. jest fakt, że wszczepienie tkanki łożyskowej zwierzętom doświadczalnym wywołuje u nich wybitnie dodatni odczyn Asch.-Zond., co świadczy nie o magazynowaniu się hormonu w łożysku, a raczej o czynnem jego tamże wytwarzaniu. Przeciwnie — wszczepianie przysadki ciążowej nie daje dodatniego odczynu Asch.-Zond. W przypadku *chorionepitelioma* męskiego, jedynie przeszczepianie skrawków guza, a nie przysadki dało dodatni wynik odczynu Asch.-Zond. (Fels), a co więcej przysadka mózgowa mężczyzny dotkniętego nabłoniakiem kosmówkowym nie wykazała żadnych zmian ciążowych (przyp. Roberta Mayera). Zastanawiającym również jest fakt, że zwiększone wskutek ciąży ilości prolanu znikają z moczu już w 1.–2 dni po porodzie; tak szybka przemiana wsteczna przysadki trudna jest do pomyślenia (Fels), podczas gdy zniknięcie hormonu wydaje się logicznem, jeśli przyjmiemy, że wytwarzało go jajo płodowe. U szczurów traktowanych hormonem łożyska, wytwarzają się w przysadce typowe zmiany ciążowe, co świadczyłoby również o przyczynowym wpływie tkanki trofoblastycznej na zmiany ciążowe w przysadce.

Tak więc wydaje się według dotychczasowego stanu wiedzy, jakoby znaczenie przysadki mózgowej w ustroju kobiety ciężarnej malało na rzecz jaja płodowego, które w tym okresie aż do końca ciąży obejmuje dominującą rolę.

W końcu niech nam wolno będzie przypomnieć za A. Sternem (Kolonja) o pewnych postulatach etyczno-prawnych, które wyłaniają się w interesie kobiet w związku z wykonywaniem odczynu Aschheima-Zondeka.

Mianowicie:

1) Mocz winien być niefałszowany, t. zn. musi być pobierany cewnikiem osobiście przez lekarza.

2) Prawo wykonywania odczynu ma tylko lekarz — względnie nazwisko pacjentki musi być zachowane w ścisłej tajemnicy. (W Niemczech wykonuje ten odczyn każda apteka).

3) Odczyn wolno wykonać jedynie za zgodą pacjentki.

4) Wynik odczynu wolno podać jedynie pacjentce lub osobom przez nią samą wskazanym (analogicznie do odczynu Wassermanna).

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Nowiny Lekarskie*, rok XLIII, zeszyt 19, z 1 października 1931: R. Bernhardt: Obrzęk śluzakowaty typu grudkowego i guzowatego. W sprawie liszaja czerwonego paciorkowatego (Kaposi). — Br. Łepkowski: Wyniki leczenia gruźlicy płuc wyrwaniem nerwu przeponowego (dok.). — S. Okoniewski: Patologja i terapja ostrej rzeżączki męskiej cewki moczowej w świetle nowoczesnych badań. — D. Tennenbaum: Ciekawe przypadki z praktyki wiejskiej.

*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, rok VIII, Nr. 40, z 1 października 1931: M. Fejgin: Zawał mięśnia sercowego czy zapalenie włóknikowe osierdzia? — G. Kremer: Przyczynek do studjów nad rzekomą kolką wątrobową. — A. Rytel: Współczesny stan poglądów na etjologję i patogenezę cierpień stawowych (Streszcz. pogl.). — M. Kacprzak: W sprawie ośrodków zdrowia.

*Medycyna Praktyczna:* rok V, zeszyt 8 z roku 1931: Cmunt: Jak leczono reumatyzm od najdawniejszych czasów aż do wynalezienia salicylu. — L. Korczyński: Mechanizm odruchów trzewnych. — B. Skrzydlewski: Zarys elektrokardjografji współczesnej. — J. Brossowa: Włosogłówka, jej wpływ na ustrój i sposób usuwania jej za pomocą Stovarsolu.

*Medycyna Praktyczna*, rok V, zeszyt 9, z roku 1931: Knud Secher: Zapalenie opłucnej u dorosłych. — M. Staroniewicz: Szałasy w sanatorjalnem leczeniu gruźlicy. — K. Bross: W sprawie ujednostajnienia odczynu Biernackiego. — B. Szpakowski: Przypadek ziarnicy złośliwej śródpiersia. — M. Stabrowski: Zgorzel płuc u 7-letniego chłopca.

*Wiadomości farmaceutyczne*, rok LVIII, nr. 40, z 4 października 1931: J. Pfanhauzer i Z. Philipp: Żywice naturalne i sztuczne. Sprawy zawodowe.

*Opieka nad dzieckiem:* rok IX, nr. 7—8, za lipiec i sierpień: J. Bogdanowicz: Szpitale dziecięce, a psychika dziecka. — J. Jareszewska: 3 lata działalności żłóbka fabrycznego przy Państwowej Fabryce Wyrobów Tytoniowych.

*Nowiny społeczno-lekarskie*, rok V, nr. 19, z 1 października 1931: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — A. Sianowski: O partaczach zawodowych na G. Śląsku słów kilka. Sprawy Kas chorych. — St. Giebocki: Próby centralizacji kas chorych, a interesy lecznictwa. — Pamiętnik Zjazdu organizacyjnego lekarzy uzdrowiskowych w Warszawie. — Medycyna społeczna i lekarskie życie zagranicą. — Walka z gruźlicą.

*Przegląd ubezpieczeń społecznych*, rok VI, nr. 9, z 1 września 1931: M. Stawiński: Ewolucje idei zapobiegawczej w lecznictwie, a lekarze. — M. Moskwa: Zarys powstania i rozwoju Zakładu U. P. U. we Lwowie. — T. Poznański: Zagadnienia emerytalne prac państwowych. — J. Zieliński: Ubezpieczenie służby kościelnej. — H. Niewski: Obciążenie na rzecz ubezpieczeń społecznych w Polsce, Niemczech i Italji.

*Pielęgniarka Polska*, rok III, nr. 9, za wrzesień 1931: C. Wroczyński: Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Wiedniu. — H. Chrzanowska: Niepotrzebna książka.

*Therapia nova*, rok III, nr. 9, za wrzesień 1931: L. Lipszowicz: Gruźlica, a układ nerwowy w świetle nowszych badań. — E. Wajs: Nowoczesne metody odmładzania ustroju.

*Medycyna*, nr. 19, z roku 1931: H. Skwarczewska: O kombinowanem leczeniu gruźlicy płuc antymonem i złotem. — K. Wolfram: Przypadek torbieli krezki. — Z. Messing: Ganglioneuroma imperfectum nadnercza. — St. Sterling-Okuniewski

i E. Grodzieński: Pierwotne nowotwory złośliwe płuc i opłucnej. — I. Koniecpolski: W sprawie późnego stosowania swoistej surowicy w błonicy.

*Dziennik urzędowy Izb Lekarskich*, rok II, nr. 10, z 1 października 1931: Z naczelnej Izby Lekarskiej. — Komunikaty. — Z Izb Lekarskich Terytorjalnych. — Komunikaty. — Informacje. — Wolne posady.

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Kongres anatomiczny w Polsce.

XXVI. Zjazd Francuskiego Stowarzyszenia anatomów i III. Zjazd Polskiego Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego w Warszawie 3—5 sierpnia, w Krakowie 6 sierpnia b. r.

Doszedł ostatecznie do skutku odkładany już kilkakrotnie z roku na rok, przyjazd *Association des Anatomistes* do Polski. Stowarzyszenie to, może najżywotniejsze z 8, tworzących międzynarodową Federację anatomiczną, z racji swego składu zwołuje coroczne zjazdy bądź we Francji bądź w jednem z tych państw, którego anatomowie są jego członkami *(les membres étrangers)*. Ponieważ w liczbie blisko 500 jego członków anatomów francuskich jest niespełna 200 *(les membres nationaux)*, a resztę tworzą anatomowie 21 państw europejskich, 6 amerykańskich i 2 azjatyckich, miejsce na zwoływanie posiedzień jest poddostatkiem. Podczas gdy na 15 przedwojennych zjazdów tego stowarzyszenia (od 1899 - 1914 r.) 10 zwołano do Francji, 3 do Belgji i 2 do Szwajcarji, to na 11 zjazdów powojennych (od 1921 - 1931 r.) już tylko 4 odbyły się we Francji, reszta zaś poza jej granicami: w 1922 r. w Belgji (Gand), w 1925 r. w Italji (Turino), w 1927 r. w Anglji (London), w 1928 r. w Czechosłowacji (Praha), w 1930 r. w Holandji (Amsterdam) i w 1931 r. w Polsce (Warszawa—Kraków).

Polscy członkowie tego stowarzyszenia, zajmując w niem liczbowo (ponad 60) drugie miejsce po Francuzach, usiłowali zaprosić to towarzystwo do Polski już na r. 1928, głównie dzięki zabiegom prof. dr. E. Lotha, stałego uczestnika tych zjazdów i sekretarza Federacji anatomicznej z ramienia Pol. Towarz. anat.-zool., jak i generalnego sekretarza Międzynarodowego Komitetu do badań części miękkich. Niestety, przeszkodził temu w tym czasie brak funduszów, potrzebnych do godnego przyjęcia zagranicznych gości. Zjazd zamiast w Polsce odbył się w tymże roku w Pradze jako pierwszy na ziemiach słowiańskich. Rok następny, przeznaczony dla Francji i rok 1930, przeznaczony na odbycie pierwszego po wojnie Kongresu Federacji anatomicznej (w Amsterdamie), spowodowały odłożenie przyjazdu *Association des Anatomistes* do Polski aż do roku bieżącego.

Nadzieje roku ubiegłego, odnośnie do średnio wystawnego urządzenia tego zjazdu w Polsce (jak n. p. przywiezienie gości zagranicznych z Francji do Gdyni okrętem celem zapoznania ich z naszemi wysiłkami i wynikami pracy około odbudowy Państwa, i t. p.), z początkiem bieżącego roku ustąpiły miejsca obawom kompletnego fiaska, a to z powodu ciężkiego położenia gospodarczego naszego Państwa i niemożności uzyskania na ten cel wydatnej subwencji od Rządu. Wyrazić należy tembardziej najwyższe uznanie Komitetowi Zjazdu, zwłaszcza jego prezesowi prof. dr. K. Kostaneckiemu i generalnemu sekretarzowi prof. dr. E. Lothowi, że nietylko zdołali pokonać trudności bardzo wielkie i nie dopuścili do ponownego odłożenia Kongresu, lecz zorganizowali go z takiemi wynikami, które u gości mogły wywołać wrażenie jak najlepsze. Wyrazy całkowitego uznania stanowić mogą dla Komitetu zjazdowego przedewszystkiem sprawozdania prasy zagranicznej.

Zjazd Stowarzyszenia anatomicznego francuskiego połączono ze zjazdem Polskiego Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego. Niestety niezbyt wielki udział polskich anatomów i zoologów, zwłaszcza ze Lwowa, nie odpowiedział potrzebie reprezentowania polskiej nauki przed gośćmi. Wprawdzie czas zjazdu, (początek sierpnia), zmusił do znacznego skrócenia wypoczynku wakacyjnego tych wszystkich, którzy postanowili zjechać do Warszawy, jednak niedogodność ta była udziałem tak gospodarzy jak i gości; tych ostatnich prawdopodobnie w większym stopniu, uwieńczonym ostatecznie niemożnością osobistego poznania dość znacznej liczby polskich kolegów.

Na usprawiedliwienie niewygodnej na zjazd naukowy pory podać należałoby, że termin ten uchwalono w roku ubiegłym podczas Kongresu w Amsterdamie na wniosek 4 polskich uczestników (Loth, Grodziński, pni Kaufman i Baut), którzy obawiali się zaprosić gości do Polski na normalny czas zjazdowy, t. j. na tydzień przed Wielką Nocą, ze względu na zbyt krótki odstęp od wspomnianego Kongresu w Amsterdamie (również w sierpniu). Wymienieni liczyć się musieli z koniecznością pozostawienia uczonym polskim przynajmniej okresu jednego roku na przygotowania tak prac naukowych, jak i instytutów. Ponadto brano wówczas pod rozwagę konieczność propagandy polskiego Pomorza, możliwej do przeprowadzenia z najlepszym wynikiem jedynie w okresie letnim.

W kongresie warszawskim wzięło udział około 120 osób, w tem przeszło 70 z zagranicy. Z państw obcych reprezentowane były: Belgja, Bułgarja, Czechosłowacja, Francja, Hiszpanja, Italja, Japonja, Portugalja i Stany Zjedn. Półn. Ameryki. Najliczniej przybyli uczeni francuscy, przeszło 30 osób z profesorami Rouvièrem, Turchinim, Champym, E. Grynfelttem i Collinem na czele. Licznie zjechali również Czesi (blisko 20 osób): Novikov, Wolf, Tuma, Borovanský, Nespor z Pragi, Šulc, Zavřel, Hykeš, Florián, Vrtiš, Hera z Brna. Wśród innych widzieliśmy prof. Duesberga z Liège (Belgja), prof. Drechsla z Sofji, prof. Ciaccio z Messine i prof. Levi z Turynu (Italja), prof. Soichi Sasaki z Kumamoto (Japonja), prof. Celestino da Costa z Lizbony (Portugalja), pnę Hope Hibbard z Oberlin (Stany Zjedn. Ameryki półn.). Z polskich uczonych byli obecni: profesorowie H. Hoyer, Kostanecki, S. Maziarski i doc. Grodziński, Rogalski z Krakowa, prof. de Baehr, Konopacki, Loth, Tur, Roszkowski, Poplewski i docenci Grzybowski, Słonimski, Zweibaum z Warszawy prof. Kurkiewicz i Różycki z Poznania, prof. Reicher i Hiller z Wilna, ze Lwowa jedynie podpisany i asystent Sokołowski.

Prezydjum Zjazdu tworzyli: prof. Rouvière z Paryża jako przewodniczący, prof. Turchini z Montpellier jako wiceprezes, prof. Collin z Nancy jako sekretarz generalny i dr. Verne z Paryża jako skarbnik. Komitet polski przyjęcia przedstawiali: prof. Kostanecki jako prezes, prof. de Baehr jako wiceprezes i prof. Loth jako sekretarz generalny.

Kongres rozpoczęto 2 sierpnia wieczorem przyjęciem w wspaniałych salach recepcyjnych nowego gmachu Ministerstwa W. R. i O. P., gdzie honory gospodarza pełnił dyrektor Departamentu hr. Potocki w zastępstwie chorego już podówczas ministra ś. p. dr. H. Czerwińskiego.

3 sierpnia przedpołudniem, w sali wykładowej *„Anatomicum"* nastąpiło otwarcie Kongresu. Prezes Pol. Towarz. anat.-zool. prof. dr. Kostanecki powitał gorącemi słowy *Association des Anatomistes*, a prezes tego ostatniego prof. Rouvière otworzył oficjalnie posiedzenie naukowe.

W myśl statutu tego stowarzyszenia posiedzenia naukowe przeznaczone są w pierwszym rzędzie na przedstawienie preparatów makro- i mikroskopowych, a dopiero na dalszem miejscu na 10-minutowe referaty i dwuminutowe dyskusje. Dlatego też niema tu referatów programowych. Główne zainteresowanie zwraca się na popołudnia, kiedy odbywają się demonstracje. Przedpołudniowe posiedzenia są zwykle mało uczęszczane, mimo, że są przygotowaniem do demonstracyj popołudniowych. W jednych i drugich posiedzeniach uderza ogromna różnorodność tematów, wywołana tem, że stowarzyszenie to grupuje prócz niewielkiej dziś stosunkowo liczby właściwych anatomów i histologów, szereg przedstawicieli działów pokrewnych, jak cytologów, histologów i embrjologów doświadczalnych, teratologów, antropologów, a nawet histochemików, histofizyków, histofizjologów i t. p. W związku z tem, w łonie stowarzyszenia krystalizuje się coraz wyraźniej rozdział członków na dwie grupy: chętnych i niechętnych tej różnorodności tematów. Grupa pierwsza obejmuje tych wszystkich, którzy przynajmniej raz w roku pragną mieć sposobność zapoznania się z zagadnieniami i przedstawicielami innych działów, druga zaś tych, którzy trwają w zamiarze nie wychodzenia poza obręb swego szczegółowego zainteresowania.

Referatów z demonstracjami w tym roku zgłoszono 112, szczególnych demonstracyj 21. Część referentów, tak z zagranicy jak z Polski, na zjazd nie przybyła, wobec czego liczba odczytów zmalała. Wszystkich jednak nie zdołano wygłosić. W ciągu 3-ch przedpołudni przedstawiono przeszło 50, w tem wszystkie referaty obecnych gości i część polskich.

Z uczestników zagranicznych — prof. Dubreuil (Bordeaux) przedstawił sploty naczyń żylnych jako organy termostatyczne w narządach zmysłowych u zwierząt ssących; doc. Giroud i Bulliard z Paryża reakcje sulfhydrylowe protoplazmy, prof. Courrier z Algeru wpływ zastrzyków hormonów jajnikowych na mechanizm menstruacji i na płodność (wpływ różnych dawek folikuliny w różnych okresach cyklu menstruacyjnego); pna Guyon z Paryża wyniki badań cyto- i histologicznych nad chrząstką; Motte z Montpellier badania nad spermatogeneza u roślin; Mavas z Paryża rozwój i strukturę ciała szklistego w gałce ocznej (z oznaczeniem fizykochemicznem); prof. Cersy z Marsylji o kości gnykowej i jej anomaljach (kostnienie więzadła rylcowognyko-

wego bez kostnienia takiegoż wyrostka); prof. E. Grynfeltt z Montpellier figury amitotyczne w komórkach ciała śluzowego Malpighiego; J. Grynfeltt z Montpellier przyczynek do badań nad mięśniami błony tęczowej; prof. Collin z Nancy anatomję mikroskopową części gruczołowej przysadki mózgowej u świnki morskiej; prof. Turchini z Montpellier układ pochewek blaszkowych okołonaczyniowych w kosmkach błony maziowej w stawach; Debeyre i Christin z Lille naczynia krwionośne w zawiązku narządu moczowego u człowieka; R. Dieulafé z Toulouse utkanie i unaczynienie nerwów; prof. Delmas i Cabanac z Montpellier znaczenie nerwu przeponowego, Augier z Paryża o chrząstce i kostce nosowej paraseptalnej; prof. Novikov z Pragi o anatomji porównawczej jako wiedzy ścisłej (resumé swej znanej książki: *Das Prinzip der Analogie und die vergleichende Anatomie, Jena* 1930); Borovanský z Pragi wyniki badań nad wzrostem i osyfikacją u dziewcząt w wieku 4—18 lat; prof. Sulc z Brna czeskiego budowę tkanki lymfoidalnej jelita grubego u owadów; prof. Tuma z Pragi wpływ promieni radowych gamma na fibroblasty zarodka kurczęcia *in vitro;* prof. Wolf z Pragi morfologię mleka na przekrojach metodą agaro-celoidyno-parafinową; prof. Drechsel z Sofji topografję pętli jelita cienkiego u człowieka; Redriguos, Carvalho i Sousa Pereiro z Porto (Portugalja o nastrzykiwaniu *ductus thoracicus* u żyjących; Rodrigues, prof. Monteiro i Sousa Pereiro o stosunku i anastomozach między n. błędnym a współczulnym (autorzy ci twierdzą, że włókna parasympatyczne sięgają bardziej kaudalnie niż przypuszcza się to zwyczajnie i powątpiewają o obecności samodzielnej części krzyżowej parasympatycznej); prof. Celestino da Costa z Lizbony związek między mezenchymą a płytką nerwową w obrębie głowy; pna Hope Hibbard z Oberlin (U. S. A.) impregnację metalami komórek dla wykazania szczelin śródkomórkowych.

Z Polski przedstawiono następujące referaty (przeważnie z demonstracjami): pni Kauffmann i Laskowski z Puław o stosunku wapnia i potasu do wielkości wzrostu u kur i gołębi; pni Kauffmann i Dąbrowska z Puław o wpływie hormonów jądrowych na t. zw. laktację u gołębi; Bant ze Lwowa o budowie i mechanizmie ujść tętniczych serca u człowieka i zwierząt domowych; tenże o morfologji mięśnia skórnego szyjnego u konia; tenże pięć nieznanych dotychczas przypadków, przedstawiających etapy rozwoju mięśnia ramienno-głowowego u konia; doc. Grodziński z Krakowa o polu naczyniowem bez zarodka u kury; Konopacka z Warszawy o tworzeniu się, składzie i zachowaniu się substancyj tłuszczowych w ciągu rozwoju u kurczęcia; prof. Kurkiewicz z Poznania o czynności glykogenowej jądra komórki w przebiegu rozwoju jaj jeżowca; tenże o udziale jądra komórki w tworzeniu adrenaliny; pna Młodzianowska-Dyrdowska z Poznania o rozwoju jaj *Ascaris masc.* w atmosferze azotowej; doc. Słonimski z Warszawy o badaniach porównawczych hematologicznych u zwierząt kręgowych (na materjale londyńskiego ogrodu zoologicznego); prof. Hiller z Wilna o badaniach eksperymentalnych nad budową i czynnością przednercza u ustrojów żyjących w parabiozie; Kruszyński z Wilna o chromidjalnym aparacie Novikova w chrząstce oka u sepji; Słotwiński z Poznania o histochemji wydzielania gruczołu węchowego Bowmana u zwierząt ssących; doc. Zweibaum i Ostrouch o czynności plazmy mięsakowej (Rousa i Jansena) zwierzęcej na fibroblasty kury, hodowane *in vitro* i obserwowane do 16-go pasażu; Sobieszczański o nowej formie guzka Darwina; Boguliński ze Lwowa (przedstawił Bant) o stosunku chrząstek sercowych do zastawek półksiężycowatych u konia; Ślędziewski z Warszawy o przebiegu naczyń chłonnych wyprowadzających z węzłów chłonnych przeponowych w śródpiersiu; prof. Reicher z Wilna o badaniach anatomo-topograficznych układu naczyniowego u człowieka dorosłego i noworodka; doc. Grzybowski i Campioni z Warszawy o unerwieniu opony twardej czaszkowej u człowieka; Stopczyk z Warszawy o morfologji mięśnia przedniego usznego; Tokarski z Warszawy o tętnicy szczękowej wewnętrznej u małp naczelnych; Kuligowska z Warszawy o wymiarach warg sromowych (na podstawie zbadania 400 żyjących kobiet) i o odruchach łechtaczki (pozytywnych w 44%). Ten ostatni referat ilustrowano filmem.

Z demonstracyj specjalnych szczególną uwagę zwróciły następujące: przedewszystkiem mistrzowskie preparaty injekcyjne naczyń chłonnych zarodków jaszczurek (wielkości około 10 mm), wykonane przez prof. Hoyera z Krakowa; zarodek ludzki Bittmanna 24, długi na 625 $\mu$ przedstawiony przez Floriana z Brna czeskiego; zarodek ludzki, długi na 415 $\mu$ ale starszy w rozwoju od poprzedniego, przedstawiony przez prof. Wolfa z Pragi; szereg utrwalonych kultur tkankowych mięsaka Rousa, przedstawionych przez doc. Zweibauma z Warszawy; preparaty *pronephros* w parabiozie przez prof. Hillera; preparaty jajników i zarodków żółwia potwororodnego *(Emys orbicularis)* jak i pseudodiplogenezy eksperymentalnej u kurczęcia, przedstawione przez Dehnela z Warszawy; preparaty diplogenezy u ptaków przez Bilewicza; preparaty lipoidów i tłuszczów w jajnikach szczurów przez Zakolską z Warszawy; preparaty naczyń chłonnych przez Ślędziewskiego z Warszawy; zbiór enukleowanych lub amputowanych migdałków przez Chorążyckiego z Warszawy; zbiór preparatów płucnych suchych, wykonanych w Zakładzie anatomji topograficznej medyc. weteryn. we Lwowie metodą Kadyiego z modyfikacją Banta; i wiele innych.

Jak już wspomniałem główne zainteresowanie uczestników zjazdu zwracało się ku posiedzeniom popołudniowym z demonstracjami. Tu dopiero rozpoczynały się żywe dyskusje, tu zawierano znajomości, otrzymywano informacje i t. p.

Mimo nieobecności wielu naszych wybitnych uczonych, dorobek naukowy polski, przedstawiony gościom zagranicznym, mógł utrwalić ich w przekonaniu o gorliwem kontynuowaniu przez młodsze pokolenie świetnych tradycyj anatomji i zoologji polskiej, reprezentowanej ongiś przez uczonych tej miary co Hirschfeld, Teichmann, Hoyer, Remak, Chudziński, Laskowski, Dybowski, Kadyi, Cienkowski, Strasburger, Dogiel, Nusbaum-Hilarowicz i wielu innych.

W czwarty dzień zjazdu, po wyczerpaniu programu posiedzień, odbyły się walne zebrania francuskiego i polskiego Towarzystwa. Na zebraniu *Association des Anastomistes* dokonano wyborów prezydjum na rok 1932 w składzie: Prof. Jolly z Paryża jako przewodniczący, profesorowie Wintrebert i Roussy z Paryża, Hoch z Nancy jako 3 wiceprezesi, prof. Collin z Nancy jako sekretarz generalny, dr. Verne z Paryża jako skarbnik. Na miejsce przyszłego zjazdu wybrano Nancy (1932), a na rok 1933 Lizbonę (na skutek zaproszenia prof. Celestino da Costa imieniem anatomów portugalskich). Rok 1935 przeznaczony został na II. po wojnie Kongres Federacji międzynarodowej anatomicznej z wyborem Montpellier we Francji na miejsce tego zjazdu. Na zebraniu Polskiego Towarz. anatom.-zoolog. (z udziałem zaledwie kilkunastu osób) dokonano również wyboru zarządu w składzie: Prof. dr. S. Maziarski jako prezes, Prof. dr. Konopacki i Prof. dr. Hirschler jako wiceprezesi, Prof. dr. E. Loth, jako sekretarz generalny, A. Bant, J. Grzybowski, Elkner, T. Kurkiewicz, J. Prüffer, Rogalski, Słonimski, Zweibaum jako członkowie zarządu. Prof. dr. W. de Baehr i Prof. dr. K. Stołyhwo jako Komisja rewizyjna. Redakcja *Folia morphologica:* Prof. dr. E. L o t h, jako redaktor naczelny, Słonimski i Grzybowski jako zastępcy. Następny zjazd Towarzystwa uchwalono odbyć we Lwowie, w jesieni przyszłego roku.

W czasie zjazdu goście zagraniczni mogli podziwiać pięknie i z komfortem urządzone zakłady anatomji opisowej i histologji z bogatemi zbiorami muzealnemi i piękną wystawę rzadkich i cennych dzieł z zakresu anatomji, zwłaszcza polskiej, zorganizowaną przez prof. Lotha. W gmachu posiedzeń zainstalowano, oprócz taniego i smacznego bufetu, urząd pocztowy, agencję Cooka, biuro wymiany pieniędzy, wystawę sztuki ludowej. Agencję Cooka zaopatrzono w wielką liczbę pięknych prospektów i przewodników wycieczkowych po Polsce. Z okazji Kongresu wydano specjalny zeszyt *Folia Morphologica,* Tom III. 1931. Nr. 2—3, w języku francuskim z trzema artykułami: 1) E. Loth. Historja anatomji w Polsce. 2) M. Konopacki. Historja cytologji i histologji w Polsce z uwzględnieniem polskich uczonych pracujących zagranicą. 3) J. Grzybowski. Instytuty anatomiczne, histologiczne i embrjologiczne lekarskie i weteryn. w Polsce. Żałować należy, że w artykule pierwszym historja anatomji w Wilnie kończy się na r. 1830 i że niema wzmianki o reaktywowaniu tejże po r. 1918, podobnie jak nie wspomniano o anatomji w Poznaniu. Ponadto w artykule J. Grzybowskiego — pomijam tu kwestję praw autorstwa do tegoż artykułu — spotyka się błędy tak faktyczne i historyczne, które należałoby sprostować ze względów historycznych w następnym numerze tegoż czasopisma. Jako przykład służyć może jedna z rycin, przedstawiająca budynek prosektoryjny medycyny weteryn. we Lwowie, a nazwana: Ecole Vétérinaire à Lwów. Vue générale.

Po posiedzeniach naukowych przyjmowano uczestników zjazdu rautem w Ratuszu i bankietem w Hotelu Europejskim. Przyjęcie w Ratuszu (3. sierpnia wieczorem) wydane było przez Prezydenta m. Warszawy, Warszawskie Towarzystwo naukowe Towarzystwo lekarskie i Société Médicale franco-polonaise. Przed rautem tym wyświetlono film z przedstawieniem wydobycia i przewiezienia nosorożca staruńskiego do Krakowa, objaśniany w ostatniej chwili, wobec nieprzybycia dr. Fudakowskiego, przez prof. Lotha. (Polskie napisy dla uczestników nierozumiejących tego języka!). Bankiet w Hotelu wydany został przez Komitet zjazdowy polski w miejsce odwołanego wieczoru, który miał być zaofiarowany przez Rząd polski w salonach Pałacu Rady Ministrów. 3 sierpnia po posiedzeniu naukowem popołudniowem urządzono wycieczkę autokarami do Bielan, gdzie uczestnicy zjazdu mogli podziwiać z rozmachem i komfortem założony Centr. Insty-

tut Wychowania fizycznego (jak również niestety psucie się autokarów na drogach warszawskich; przewiezienie do Bielan gości 3 autokarami trwało przeszło 2 godziny). 4 sierpnia urządzono spacer do Łazienek i zwiedzono przepiękny letni pałac królewski.

Dla pań, towarzyszących gościom, zorganizowano Komitet pod przewodnictwem pni baronowej Lesserowej, który je zapoznał z zabytkami miasta i okolic i wytwórniami przemysłu ludowego.

W całości Kongres wywarł na gościach zagranicznych wrażenie bardzo miłe. Starano się przyjmować ich jak najserdeczniej i okazywano im gościnność w najwyższej formie, począwszy od bezpłatnych biletów kolejowych i pokoi w najlepszych hotelach. Niemiłe wrażenie z pierwszego dnia z restauracji studenckiej, dokąd skierowano uczestników zjazdu na obiad, a gdzie niczego do tego obiadu nie przygotowano, (rzekomo nikt z komitetu wogóle nie zamawiał obiadu na większą liczbę osób, wskutek czego restaurator dopiero po przyjściu gości posyłał do sklepów po prowianty i wskutek czego na podanie obiadu czekało się przeszło godzinę; stołów pod gołem niebem nie zaścielono nawet papierowemi serwetami, chleb wydawano — Francuzom! — kromeczkami, i t. p.) zatarło się zupełnie w dniach następnych na skutek rehabilitacji tejże restauracji. Incydentu tego jednak powinno się było uniknąć za wszelką cenę, jak również rozdania 10 bezpłatnych jazd tramwajami, z których n. p. podpisany mógł korzystać dopiero po długich debatach z konduktorami, domagającymi się specjalnych legitymacyj. Prawdopodobnie obcokrajowcy z biletów tych korzystać w tych warunkach nie mogli. Nie mam zamiaru skierowywać powyższych uwag pod adresem prof. Lotha, bez którego forsownej pracy Zjazd warszawski byłby albo nie doszedł do skutku, albo prawdopodobnie osiągnął skutek taki, jakiego niktby sobie ani w Polsce, ani zagranicą nie życzył.

Jeżeli jest mowa o stronach ujemnych przygotowania zjazdu warszawskiego ze strony komitetu polskiego, należy podkreślić szczegół rozesłania programów Zjazdu członkom Polsk. Towarz. Anat.-Zoolog. dopiero na kilka dni przed samym Kongresem. Członkowie polscy *Association des Anatomistes* otrzymali takie programy wprost z tegoż stowarzyszenia już na dwa miesiące przedtem.

Ostatnie dwa dni Kongresu odbyły się w Krakowie, dokąd udano się bezpłatnym dla uczestników pociągiem sanitarnym, który służył równocześnie za mieszkanie tamże. Po powitaniu gości na dworcu krakowskim przez prof. Siedleckiego, udano się na śniadanie do Jamy Michalikowej, gdzie przedstawiono gościom jej znaczenie dla rozwoju intelektualnego i artystycznego tak Krakowa, jak reszty Polski. Zwiedzenie Akademji Umiejętności z jej zbiorami (nosorożec staruński), Bibljoteki Jagiellońskiej, Uniwersytetu, Wawelu i Kościoła Marjackiego wywarło na obcych wrażenie jak najlepsze, tembardziej, że Komitet krakowski przygotował przyjęcie w sposób godny pochwał (powitanie w Uniwersytecie przez Rektora Prof. Dr. Załęskiego, sprawne przewożenie gości autokarami i t. p.).

Po obiedzie u Hawełki wyjechano do Wieliczki, której zwiedzenie musi pozostawić niezatarte wspomnienie. (Dobre wrażenie sprawił na obcych piękny wagon motorowy, komunikujący między Krakowem a Wieliczką). Wieczorem odbył się skromny, ale z doskonałym nastrojem, bankiet u Hawełki. Ostatni dzień zjazdu poświęcono wycieczce do Zakopanego i Morskiego Oka.

Pomysł przewiezienia obcych do Krakowa i zapoznania ich na miejscu po krótce z historją narodu naszego powinien wydać najlepsze owoce.

*Prof. Dr. A. Bant* (Lwów).

---

## Prof. Collin o Warszawskim Międzynarodowym Zjeździe Anatomów.

XXVI. Zjazd *„Association des Anatomistes"* wspólnie z III. Zjazdem Polskiego Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego, odbyty w Warszawie, w Krakowie od 2 do 7 sierpnia b. r. był w istocie Zjazdem międzynarodowym, bo zgromadził prócz Polaków przeszło 80 uczestników z różnych krajów (prócz Niemiec....). Zjazd ten, zorganizowany doskonale przez Komitety polskie, miał wielkie znaczenie dla propagandy nauki polskiej, jak widać z artykułu prof. Collin, generalnego sekretarza *„Association des Anatomistes"*. Artykuł ten pomieszczony, jak o tem wspomnieliśmy w Nr. 41, w najpoczytniejszem z czasopism francuskich (*„Presse médicale"* Nr. 75) brzmi jak następuje:

*„Association des Anatomistes"*, założona w r. 1899 przez prof. A. Nicolasa i prof. G. E. Laguesse, odbyła od r. 1921 jedenaście swych Zjazdów, z nich 7 poza granicami Francji. Ostatni Zjazd odbył się w Polsce.

Zjazd ten był wspólnym Zjazdem *„Association des Anatomistes"* i Polskiego Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego i odbył się w Warszawie 2 do 5 sierpnia z epilogiem w dn. 6 i 7 sierpnia w Krakowie. Członkowie *„Association des Anatomistes"* byli zaproszeni przez Rząd polski i polskich morfologów jako goście, a gościnność ta wyraziła się w jak najszerszej mierze (bezpłatny przejazd kolejami polskiemi, bezpłatne mieszkanie w najlepszych hotelach, przyjęcia, osobny pociąg do Krakowa i t. d.). Dodać należy że Komitet Organizacyjny ze swym niezmiernie sympatycznym sekretarzem generalnym, prof. dr. Edw. Lothem i Komitet pań pod przewodnictwem p. bar. Lesser, znakomicie Zjazd zorganizował i umiał skupić w *„Anatomicum"* przy ul. Chałubińskiego wszystkie urządzenia potrzebne i przydatne dla Zjazdu (pocztę, kantor wymiany, agencję kolejową Cooka, bufet, wystawę sztuki ludowej i t. d.).

W Zjeździe — oprócz kolegów naszych z uniwersytetów w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu i Wilnie — uczestniczyła znaczna liczba przyjezdnych z Francji (Paryż, Montpellier, Algier, Nancy, Tuluza, Lille, Bordeaux, Marsylja), z Czechosłowacji, Włoch, Portugalji, Hiszpanji, Belgji, Bułgarji, Stanów Zjednoczonych i Japonji.

Posiedzenia naukowe, którym przewodniczyli profesorowie Rouvière (z Paryża), Turchini (z Montpellier), Kostanecki, Hoyer i Maziarski (z Krakowa) i Baehr (z Warszawy) nie zdołały wyczerpać programu, obejmował on bowiem około 120 wykładów i liczne pokazy ze wszystkich działów morfologji (anatomja opisowa i porównawcza, embrjologja opisowa i doświadczalna, teratologja, histologja, histochemja, histofizyka, histofizjologja, histologja porównawcza, hodowla tkanek i t. d.). Na takich dopiero Zjazdach zdać sobie można sprawę z ogromnego zakresu nauk morfologicznych, coraz bardziej przenikanych innemi naukami biologicznemi i naukami fizyczno-chemicznemi. Nawet stara anatomja opisowa wzbogaciła się zdobyczami radjologji, metod badania żywego ustroju, etnografji, antropo-biometrji jednostek i grup.

Mieliśmy przyjemność przekonać się, że w Polsce panuje obecnie prawdziwa gorączka pracy naukowej i że współcześni polscy morfologowie nie ustępują tak znakomitym swoim poprzednikom w Polsce, jak Hirschfeld, Teichmann, Remak, Hoyer, Strassburger.... Badacze polscy są, jak powiedział profesor Kostanecki w mowie na otwarcie Zjazdu „synami kraju, Państwa, zjednoczonego a niepodzielnego" i mogą, czego nie było wolno ich poprzednikom, stwierdzić i głosić także na terenie naukowym „swoją niezłomną wolę życia". Nie dziw, że wiedzeni potężnem uczuciem swej narodowej samoistności i odrębności, kroczą naprzód z zapałem wszystkiemi drogami wiedzy.

Poważne prace trzech dni anatomicznych w Warszawie przepleciono udatnie rozrywkami i urozmaiceniami, jak przyjęcie w salonach Ministra Oświecenia Publicznego, zwiedzenie wspaniałego Instytutu wychowania fizycznego na Bielanach, przyjęcie wieczorne w ratuszu przez Miasto Warszawę, Towarzystwo naukowe i lekarskie i Towarzystwo lekarskie francusko-polskie, zwiedzenie pałacyku króla Stanisława Augusta Poniatowskiego w Łazienkach, bankiet w Hotelu Europejskim pod przewodnictwem hr. Fr. Potockiego, przedstawiciela Ministerstwa Oświecenia.

Zjazd zakończył się w Krakowie, dawnej stolicy i relikwjarzu pamiątek narodowych, który jednak jest dzisiaj także miastem uniwersyteckiem i nowoczesnem, gdzie życie umysłowe jako bezpośredni ciąg dalszy przeszłości, płynie niesłabnącym prądem.

Nie zapomnimy słów powitania na wstępie do tego miasta wypowiedzianych przez profesora Siedleckiego (któremu odpowiadał prof. Champy), ani powitalnego przemówienia w Polskiej Akademji Umiejętności znakomitego jej prezesa profesora Kazimierza Kostaneckiego, naszego kolegi i przyjaciela, ani Bibljoteki Jagiellońskiej zwiedzanej pod przewodnictwem rektora Załęskiego, który w auli Uniwersytetu zdobnej wspaniałemi obrazami, nakreślił krótko świetne dzieje tej sławnej Szkoły, w której kształcił się Mikołaj Kopernik. Prezes naszego Towarzystwa profesor Rouvière dał tam wyraz uczuciom swych kolegów z *„Association des Anatomistes"*.

Na królewskim zamku wawelskim, w katedrze, gdzie spoczywają królowie, biskupi, wieszczowie, bohaterowie, w kościele Marjackim, na Rynku, w tych sławnych gmachach, dokąd nas prowadził uczony przewodnik, powstawał w naszej duszy obraz Polski męczeńskiej a pełnej chwały, wyciągającej ramiona ku Polsce wskrzeszonej.

Zakończeniem tej pięknej podróży były żupy solne Wielickie, a nazajutrz przejazd autokarami do stacji klimatycznej Zakopane i do Morskiego Oka w Polskich Tatrach.

Naszym polskim kolegom i przyjaciołom przesyłamy za ich lekcje anatomji, sztuki i historji i za wspaniałe przyjęcie wyrazy wdzięczności i pozdrowień od *„Association des Anatomistes"*.

*R.*

---

## SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. U. 100/Wojsk./30.

Warszawa, dnia 8 września 1931 roku.

*Okólnik Nr. 155.*

**W sprawie wynagrodzenia lekarzy cywilnych, powoływanych do udziału w komisjach poborowych w zastępstwie lekarzy administracji ogólnej.**

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Na zapytanie jednego z Panów Wojewodów, jakich lekarzy należy uważać w zastosowaniu do § 55 rozporządzenia Ministra Spraw Wojskowych z dnia 16 marca 1930 r. (Dz. U. R. P. Nr. 31 poz. 270) za lekarzy wolnopraktykujących, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości następujące:

Za lekarzy rządowych w przeciwstawieniu do lekarzy cywilnych wolnopraktykujących, wymienionych w ustępie przedostatnim art. 17 ustawy o powszechnym obowiązku służby wojskowej, zgodnie z interpretacją, przyjętą w § 33 powołanego wyżej rozporządzenia, należy uważać podległych Panu Wojewodzie lekarzy cywilnej administracji państwowej, t. j. lekarzy administracji ogólnej. Wszystkich innych lekarzy cywilnych, powoływanych przez Pana Wojewodę do komisyj poborowych do pełnienia funkcyj lekarzy administracji ogólnej, należy uważać za lekarzy wolnopraktykujących i wypłacać im koszty podróży i diety w wysokości, jak podano w § 55 tegoż rozporządzenia.

*Dr. Piestrzyński*
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Warszawa.*

VII kurs trachomatologji dla lekarzy. W Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie odbędzie się w czasie od 11 do 19 listopada r. b. VII kurs trachomatologji dla lekarzy. Program kursu jest następujący: I. Część teoretyczna — 20 godzin wykładów, a mianowicie: 1. Rola medycyny zapobiegawczej w jaglicy Dr. Chodźko (Warszawa) godz. 1. 2. Współczesne poglądy na istotę jaglicy — Prof. J. Szymański (Wilno) godz. 1. 3. Objawy i przebieg kliniczny jaglicy — Prof. W. Kapuściński (Poznań) godz. 2. 4. Patogeneza jaglicy — Prof. W. H. Melanowski Warszawa) godz. 1. 5. Epidemjologja jaglicy — Dr. M. Zachert (Warszawa) godz. 2. 6. Jaglica, jako przyczyna ślepoty — Prof. W. H. Melanowski (Warszawa) godz. 1. 7. Leczenie nieżytów spojówki — Dr. Z. Wojno (Warszawa) godz. 2. 8. Leczenie jaglicy prostej — Dr. M. Zachert (Warszawa) godz. 2. 9. Leczenie operacyjne jaglicy — Prof. W. H. Melanowski (Warszawa) godz. 1. 10. Zasady zwalczania i zapobiegania jaglicy — Dr. M. Zachert (Warszawa) godz. 2. 11. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagliczej — Dr. Zachert (Warszawa) godz. 1. 12. Ośrodki Zdrowia i ich zadanie w zakresie zwalczania jaglicy — Dr. S. Tubiasz godz. 1. 13. Zadanie lekarza w zakresie zwalczania jaglicy (Seminarjum dyskusyjne) godz. 3. Razem godz. 20. — II. Część praktyczna — 30 godzin zajęć praktycznych i demonstracyj na oddziałach i ambulatorjach ocznych oraz w przychodniach przeciwjaglicznych pod kierunkiem ordynatorów. Kierownikiem kursu jest Dr. M. Zachert. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, ul. Chocimska 24) do dnia 1 listopada r. b. W celu ułatwienia wysłuchania tego kursu lekarzom, prowadzącym przychodnie przeciwjaglicze, oraz lekarzom powiatowym i samorządowym, zatrudnionym przy akcji zwalczania jaglicy, Państwowa Szkoła Higjeny będzie mogła z uzyskanego na ten cel z Departamentu Służby Zdrowia kredytu pewnej liczbie lekarzy udzielić stypendja w wysokości od 50 do 200 zł.

Kurs wyszkolenia i stypendja dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia. Kurs trwać będzie 6 miesięcy, a mianowicie od dnia 1 listopada 1931 r. do 30 kwietnia 1932 r. Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum. Stypendjum będzie wynosić 300 złotych miesięcznie. W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie, stypendyści, a w miarę możności i pozostali uczestnicy kursu będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania. Podanie o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 10 października r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39), z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych, bądź należycie uwierzytelnionych), stwierdzających: a) wiek kandydata, b) posiadanie obywatelstwa polskiego, c) ukończenie studjów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i d) stosunek do służby wojskowej. Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinji o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którem była mowa wyżej.

Ruch służbowy w szpitalach warszawskich. Na nieobsadzone dotychczas stanowisko dyrektora szpitala przy ul. Złotej, Magistrat m. Warszawy powołał d-ra Mieczysława Matuszkiewicza i powierzył mu czasowe pełnienie obowiązków dyrektora do czasu obsadzenia tego miejsca drogą konkursu. — Na odbytym w dn. 29 września r. b. konkursie na stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego w szpitalu dla starozakonnych na Czystem pierwsze miejsce otrzymał dr. Mieczysław Feigin.

Komitet Organizacyjny IV-go Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich podaje do wiadomości program tymczasowy Zjazdu, mającego się odbyć w dn. 1-go i 2-go listopada r. b. w Warszawie w gmachu Państwowego Zakładu Higjeny (Chocimska Nr. 24). Dn. 31 października godz. 8 herbata koleżeńska (w gmachu Państwowego Zakładu Higjeny). Dn. 1-go listopada od godz. 9-ej rano do 1-szej po południu, referaty programowe na temat „Dur brzuszny": 1) Bakterjologja i serologja — Prof. L. Padlewski (Poznań), 2) Epidemjologja i profilaktyka — Dr. M. Kacprzak (Warszawa) oraz inne komunikaty, dotyczące duru brzusznego. 4-ta po południu — Komunikaty. 9-ta wieczorem — Składkowa kolacja koleżeńska (z opłatą 10 zł). Dn. 2-go listopada od 9-ej rano do 1-szej po południu referaty programowe na temat „Bakterjologja i patogeneza zakażeń dróg oddechowych" 1) Patogeneza i odporność w sprawach zakaźnych dróg oddechowych — Prof. K. Lewkowicz (Kraków), 2) Bakterjologja i epidemjologja grypy — Prof. Dr. M. Gieszczykiewicz (Kraków), 3) Bakterjologja zapaleń płuc — Doc. Dr. F. Przesmycki (Warszawa) oraz inne komunikaty, dotyczące tematu programowego. Dyskusja. 4-ta po południu — Komunikaty. W dn. 3-go listopada projektowane jest dodatkowe posiedzenie (o ile zajdzie potrzeba) oraz zwiedzanie zakładów bakterjologicznych jako też instytucji sanitarno-higjenicznych m. Warszawy (autobusami za opłatą 1-go złotego). Składka członkowska stanowi 10 złotych — uprasza się o wpłacanie na konto P. K. O. — 1175 — skarbnika Zjazdu Doc. Dr. F. Przesmyckiego. Zgłoszenia referatów na Zjazd przyjmowane są do dnia 1-go października pod adresem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Warszawa ul. Nowogrodzka 82 Miejski Instytut Higjeny — Dr. Ławrynowicz. Komitet Organizacyjny będzie dysponował pewną ilością miejsc w kwaterach wspólnych (szpitale, bursa) bezpłatnie lub za minimalną opłatą; członków Zjazdu, reflektujących na takie mieszkanie uprasza się o wczesne zgłaszanie — zawiadomienie o przydziale wysłane zostanie pocztą. Podczas Zjazdu w gmachu Państwowego Zakładu Higjeny można będzie otrzymywać obiady w cenie 2 zł. Członkom Zjazdu będą przysługiwały zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Za Komitet Organizacyjny Zjazdu: Przewodniczący (—) *R. Nitsch.* Sekretarz: (—) *A. Ławrynowicz.*

*Kraków.*

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 14. października b. r. o godzinie 7.15 wieczorem odbyło się zwykłe posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego wspólnie z Gremjum Aptekarzy z następującym porządkiem dziennym: Mag. farm. Henryk Dawid: Ostatnie rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie wydawania leków w aptekach publicznych.

Sir William Morris ofiarował Królewsko-brytyjskiemu Zakładowi dla badań nad rakiem 25 tysięcy funtów angielskich na urządzenia radjologiczne.